

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**O ENFERMEIRO DE PEDIATRIA PERANTE A MORTE  
SÚBITA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE: IMPACTO  
E ESTRATÉGIAS DE CONFRONTO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Orientação:  
Professora Doutora Lígia Lima

Sandra Maria de Barros Gonçalves

PORTO | 2013



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e ao meu irmão, pela força e ânimo que me transmitiram durante esta etapa concreta da vida e por tudo o que abdicaram para que ela se cumprisse;

Ao Filipe, por acreditar sempre em mim, não me deixar desanimar e ter sempre a palavra certa;

À Professora Doutora Lígia Lima, pela paciência que demonstrou, a orientação, pelo tempo que investiu na realização deste trabalho e pela sabedoria académica e de vida que me transmitiu;

Aos meus amigos e familiares que, mesmo incrédulos com a minha “aventura”, permaneceram firmes em me apoiar, sempre com uma palavra de incentivo e coragem;

Àqueles que me ajudaram concretamente na realização deste trabalho, nomeadamente a minha amiga Sónia, que pacientemente reviu e corrigiu o texto, e o meu primo Paulo, que me “socorreu” nos sarilhos informáticos;

Às minhas novas amigas, Denise e Gabi, pelo privilégio da vossa companhia e sabedoria, por todas as noites e horas perdidas sempre na tentativa de darmos o nosso melhor.



“A maior parte das gaivotas não se querem incomodar a aprender mais do que os rudimentos do voo, como ir da costa à comida e voltar. Para a maior parte das gaivotas, o que importa não é saber voar, mas comer, como de resto a maior parte dos seres humanos. Porém, para esta gaivota, o mais importante não era comer, mas sim voar, saber mais, conhecer mais 'alto'”.

...

““Então o paraíso é isto”, pensou, e teve de sorrir de si próprio. Não era muito respeitoso analisar o paraíso precisamente quando se estava voando para entrar nele. Enquanto se afastava da terra e ultrapassava as nuvens, em formação com as duas gaivotas brilhantes, notou que o seu próprio corpo se tornava tão brilhante como os delas.”

*Fernão Capelo Gaivota, Richard Bach*



## ABREVIATURAS

APA – *American Psychiatric Association*

DP – Desvio Padrão

EIA –R – Escala do Impacto do Acontecimento – Revista

FC – Fadiga por compaixão

IES – *Impact of the Event Scale*

IES-R - *Impact of the Event Scale – Revised*

M – Média

N – participantes

p.e. – por exemplo

PSPT – Perturbação de Stresse Pós Traumático

PSTS – Perturbação de Stresse Traumático Secundário

TV – Trauma Vicariante

WHO – *World Health Organization*

$\alpha$  – Alfa de *Cronbach*





## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
1. A MORTE SÚBITA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE .....	25
1.1. A Dimensão do Problema em Portugal e em outros países .....	26
1.2. A Morte Súbita nos Serviços de Urgência e Medicina Intensiva Pediátricos – Acontecimento Stressante e Traumático.....	27
2. ABORDAGENS TEÓRICAS NO ESTUDO DO STRESSE E CONFRONTO .....	31
2.1. Perturbação de Stresse Traumático Secundário .....	33
2.1.1. Conceitos Associados: Trauma Vicariante, Fadiga Por Compaixão e Burnout.....	35
2.2. Modelos teóricos da Perturbação de Stresse Traumático Secundário .....	37
2.2.1 “Trauma Transmission Model” de Figley (1995) e Ecological Framework of Trauma de Dutton e Rubinstein (1995).....	38
2.2.2 Modelo de Resposta ao Stresse de Horowitz (1976).....	39
2.2.3. Impact Of Event Scale – Revised (Weiss & Marmar, 1997; Escala do Impacto do Acontecimento – Revista, Traduzida por: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).....	41
2.3 Modelos Transacionais de Stresse e Confronto .....	42
2.3.1. Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984).....	43
2.3.2. Estratégias de Confronto.....	44
3. O ESTUDO DO IMPACTO EMOCIONAL DA MORTE SÚBITA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE NOS ENFERMEIROS .....	47
3.1. O Estudo do Impacto da Morte na Enfermagem.....	47
3.2. Investigação Empírica no Domínio do Stresse Traumático Secundário em Enfermeiros.....	50
3.3. Investigação Empírica Centrada nos Processos de Confronto .....	52
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	55
4. MÉTODO .....	57
4.1. Desenho .....	57
4.2. Questões de Investigação .....	58
4.3. Objetivos da Investigação .....	58

4.4. Instrumentos de Recolha de Dados .....	59
4.4.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional.....	59
4.4.2. Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).....	59
4.4.3. Entrevista Semiestruturada.....	62
4.5. Procedimento de Recolha de Dados .....	62
4.5.1. Aspectos Éticos.....	63
4.6. Participantes .....	63
4.6.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	64
4.7. Procedimento de Análise dos Dados .....	67
4.7.1. Procedimento de análise dos dados quantitativos.....	67
4.7.2. Procedimento de análise dos dados qualitativos.....	67
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE NATUREZA QUANTITATIVA .....	71
5.1. Análise Psicométrica da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).....	71
5.2. Caracterização Dos Enfermeiros Participantes em Relação à sua Exposição ao Acontecimento Morte Súbita Da Criança /Adolescente .....	74
5.3. Associação entre o Impacto Da Morte Súbita Da Criança/Adolescente Nos Participantes e as Variáveis Sociodemográficas, de Condições De Trabalho e de Exposição ao Acontecimento Traumático.....	77
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS QUALITATIVOS .....	83
6.1. Impacto Emocional.....	83
6.1.1. Intrusão.....	83
6.1.2. Evitamento.....	85
6.1.3. Hiperativação.....	87
6.2. Estratégias de Confronto .....	88
6.2.1. Estratégias cognitivas.....	89
6.2.1.1. Análise lógica e mentalização .....	89
6.2.1.2. Redefinição cognitiva.....	90
6.2.2. Estratégias focadas no problema.....	92
6.2.2.1. Procura de informação e suporte.....	92
6.2.2.2. Estratégias de resolução do problema .....	94
6.2.2.3. Identificação de alternativas compensadoras.....	95
6.2.3. Estratégias focadas na emoção.....	96
6.2.3.1. Controlo emocional .....	96
6.2.3.2. Descarga emocional.....	99

6.2.3.3. Aceitação e resignação.....	99
6.3. Fatores Associados à Variabilidade Interindividual no Impacto.....	100
6.3.1. Fatores Associados à Variabilidade Interindividual no Impacto relativos à Criança/Adolescente.....	101
6.3.2. Fatores associados à variabilidade Interindividual no Impacto relativos à família da criança/adolescente.....	103
6.3.3. Fatores associados à variabilidade interindividual no Impacto referentes ao profissional.....	105
6.3.4. Formação.....	109
6.3.5. Apoio institucional.....	110
CONCLUSÃO.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
ANEXOS.....	123
ANEXO I: Questionário Sociodemográfico	
ANEXO II: Escala do Impacto do Acontecimento- Revista (Weiss& Marmar, 1986; Tradução e adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011)	
ANEXO III: Guião da Entrevista Semiestruturada	
ANEXO IV: Autorização para utilização da Escala de Impacto do Acontecimento – Revista (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011)	
ANEXO V: Autorizações das Comissões de Ética	
Anexo VI - Grelha da análise de conteúdo	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-Caraterização sociodemográfica da amostra do estudo quantitativo .....	65
Tabela 2- Caraterização sociodemográfica da amostra do estudo qualitativo.....	66
Tabela 3 - Variáveis relacionadas com a sobrecarga de trabalho e experiência profissional	66
Tabela 4 - Valores médios, de desvio padrão, de coeficiente de alfa de Cronbach (se excluído o item), de coeficiente de alfa de Cronbach das subescalas, de correlação entre subescalas da EIA- R, item-subescalas e item-total (N=62) .....	73
Tabela 5 - Caraterização da amostra em relação ao acontecimento morte súbita da criança ou adolescente .....	75
Tabela 6 - Valores médios da EIA-R e das suas subescalas .....	75
Tabela 7 - Percentagens de impacto baixo, normal e alto nas subescalas e no total da EIA-R .....	76
Tabela 8 - Diferenças nos resultados da EIA - R em função das variáveis sociodemográficas .....	78
Tabela 9 - Diferenças nos resultados da EIA - R em função das variáveis associadas às condições de trabalho.....	80
Tabela 10 - Diferenças nos resultados da EIA - R em função das variáveis referentes à exposição ao evento traumático.....	81

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1- Categorias, subcategorias e sub-subcategorias em análise .....	69
--	----

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1- Ecological Framework of Trauma de Dutton & Rubinstein (1995) .....	38
Figura 2- Estratégias de confronto segundo a Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984) ..	45



## RESUMO

A morte súbita pediátrica é um acontecimento traumático na vida profissional dos enfermeiros. Engloba-se no conjunto de acontecimentos a que os enfermeiros do serviço de urgência e medicina intensiva pediátricos estão frequentemente sujeitos e que podem desencadear a Perturbação de Stresse Traumático Secundário, cujos sintomas são intrusão, evitamento e hiperativação.

Os objetivos principais deste estudo foram estudar o impacto da morte súbita pediátrica nos enfermeiros assim como os processos de confronto a que estes profissionais recorrem para lidar com este tipo de acontecimento. Pretendeu-se ainda analisar as propriedades psicométricas da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (Weiss & Marmar 1997; Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011) junto da população em estudo.

Foi utilizada uma metodologia mista (quantitativa/qualitativa) em que foram utilizados como instrumentos de recolha de dados um questionário de caracterização sociodemográfico e profissional, a Escala de Impacto do Acontecimento – revista (Tradução e adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011) e uma entrevista semiestruturada. A amostra foi constituída por 62 enfermeiros de dois hospitais centrais portugueses e com uma idade média de 35.68 anos, maioritariamente do sexo feminino (83.9%).

Os resultados demonstraram que a Escala de Impacto do Acontecimento – revista é um instrumento fiável para a avaliação do impacto emocional da morte súbita nos enfermeiros, tendo sido encontrado um alfa de *Cronbach* de 0.94 para o score impacto total. Os resultados revelaram ainda que a morte súbita de crianças e adolescentes é um acontecimento com impacto emocional nos enfermeiros, na medida em que cerca de 19.4% dos participantes obtiveram *scores* totais na EIA- R acima de 1.87, ou seja, reveladores de um alto impacto. A intrusão é a subescala com valores mais elevados ( $Me=1.35$ ) e encontraram-se diferenças significativas em função do sexo, tendo as enfermeiras demonstrado um impacto significativamente superior expresso quer no *score* total,  $U=119.0$ ,  $p=0.001$ , quer nos *scores* das três subescalas, mais concretamente na de intrusão,  $U=152.5$ ,  $p=0.04$ , na do evitamento,  $U=86.0$ ,  $p=0.001$ , e na da hiperativação  $U=153.0$ ,  $p=0.04$ . Nas entrevistas os participantes relataram experiências de sofrimento relacionadas com o acontecimento em estudo, assim como estratégias de confronto cognitivas, focadas no problema e na emoção. Estes resultados apontam para a necessidade de desenvolver intervenções promotoras de uma melhor gestão emocional dos enfermeiros face à morte súbita da criança e adolescente.

**Palavras-chave:** morte súbita pediátrica, perturbação de stresse traumático secundário, Escala de Impacto do Acontecimento – revista



## ABSTRACT

The paediatric sudden death is a traumatic event in the professional life of nurses. It comprises the set of events that the nurses from the emergency department and paediatric intensive care are often subject to and that can trigger Secondary Traumatic Stress Disorder.

The main objectives of this study were to analyse the impact of sudden death in paediatric nurses as well as the processes of confrontation that the subjects turn to handle this type of events. A second aim was to analyse the psychometric properties of the *Impact of Event Scale - Revised* (Weiss & Marmar 1997; Translation and Adaptation: Matos, Pinto-Gouveia and Martins, 2011) on the subject matter. A mixed methodology (quantitative / qualitative) was applied, using as instruments of data gathering a questionnaire on socio demographic and professional characteristics, the *Impact of Event Scale - Revised* (Translation and adaptation: Matos, Pinto-Gouveia and Martins, 2011 ) and a semi structured interview.

The sample consisted of 62 nurses, mostly female (83.9%), from two major Portuguese hospitals, with an average age of 35.68 years.

Results showed that the *Impact of Event Scale - Revised* is a reliable tool for assessing the emotional impact of sudden death events in nurses, having found a *Cronbach* alpha of 0.94 for the total impact score. Results also revealed that children and adolescents' sudden death is an event with considerable emotional impact on nurses, bearing in mind that 19.4% of the participants had total scores in the EIA-R over 1.87, revealing a high impact.

The intrusion is the subscale with higher values ( $Me = 1.35$ ) and significant differences between genders were found. Female nurses demonstrated a significantly higher impact both in total score,  $U = 119.0$ ,  $p = 0.001$ , and in scores of the three subscales, namely  $U = 152.5$ ,  $p = 0.04$  in the intrusion,  $U = 86.0$ ,  $p = 0.001$  in the avoidance and  $U = 153.0$ ,  $p = 0.04$  in the hyper arousal.

In the interviews participants reported painful experiences related to the study subject, as well as cognitive coping strategies, problem-focused and emotion-focused. These results prove the need to develop interventions that promote nurses' better management of emotional needs when facing child and adolescent's sudden death.

**Keywords:** sudden death, secondary traumatic stress disorder, paediatrics, Impact of Event Scale-revised (EIA-R)



## INTRODUÇÃO

Alguns acontecimentos vivenciados nas unidades de medicina intensiva e urgência pediátricas e que são usualmente assumidos como meros stressores, podem também ser experienciados pelos enfermeiros enquanto acontecimentos traumáticos (Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012). Os enfermeiros que trabalham nos serviços mencionados são também afetados pelo sofrimento experienciado pelos pais e familiares. Estes profissionais estão envolvidos nos processos de receção e cuidados à criança/adolescente, informação clínica à família e, finalmente, na própria comunicação da morte. Todo este processo representa para os enfermeiros um acontecimento stressante (Leventown, 2004; Wolfram, 2008; Darla, 2009; Kristensen, Weisaeth & Heir, 2012).

Este acontecimento pode ser interpretado, segundo a Teoria de Moos e Schaefer, como uma situação de crise, obrigando por isso o enfermeiro a recorrer a estratégias de confronto no sentido de enfrentar a situação (Moos & Schaefer, 1984). No entanto, as estratégias utilizadas nem sempre são eficazes para ultrapassar a situação de crise, originando situações de desadaptação e sofrimento. Segundo alguns autores esse sofrimento traduz-se em sintomas de intrusão, evitamento e hiperativação, correspondentes à sintomatologia da Perturbação de Stresse Traumático Secundário (Beck, 2011; Czaja, Moss & Mealer, 2012; Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012; Crumpei & Dafiniou, 2012a, 2012b; Komachi *et al.*, 2012).

Este trabalho intitulado “O Enfermeiro de Pediatria perante a morte súbita da criança e adolescente: impacto e estratégias de confronto” foi desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, durante o período de 2011/2013,

A inquietação para o estudo deste tema partiu da minha prática profissional como enfermeira no serviço de urgência pediátrico. Surgiram várias questões ao longo da minha prática e, posteriormente, no processo de tomada de decisão acerca do tema a desenvolver na investigação, nomeadamente: a morte súbita da criança/adolescente é uma situação

que afecta e modifica emocionalmente o enfermeiro? Como recuperam os enfermeiros após uma situação tão dramática? Será que os enfermeiros se sentem capazes de fazer face à situação?

Da reflexão sobre estas questões surgiram as questões de investigação: Qual o impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros do serviço de urgência pediátrico/unidade de medicina intensiva pediátrica? Quais são os fatores de variabilidade interpessoal no impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros? Que processos de confronto utilizam os enfermeiros do serviço de urgência pediátrico/unidade de medicina intensiva pediátrica face ao evento morte súbita na criança/adolescente?

Assim, elaborou-se um trabalho de metodologia mista, quantitativa e qualitativa, no qual se pretende:

- a) Conhecer o impacto da morte súbita na criança/adolescente nos enfermeiros dos serviços de urgência e serviço de medicina intensiva pediátricos;
- b) Identificar os fatores de variabilidade interpessoal no impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros;
- c) Conhecer os processos de confronto utilizados pelos enfermeiros dos serviços de urgência e unidade de medicina intensiva pediátricos face à morte súbita da criança/adolescente;

Pretendeu-se ainda:

- d) Analisar as propriedades psicométricas da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista junto de uma amostra de enfermeiros (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).

O trabalho é composto por duas partes, sendo a primeira de enquadramento teórico, na qual serão abordadas as temáticas da morte súbita pediátrica, o impacto provocado pelo acontecimento nos profissionais de saúde em geral e em específico nos enfermeiros, a Perturbação de Stresse Traumático Secundário e os processos de confronto utilizados pelos enfermeiros. Segue-se a parte do estudo empírico, onde será apresentado em primeiro lugar o método utilizado e posteriormente a apresentação e discussão dos dados. Finalmente serão apresentadas as conclusões, assim como as limitações deste estudo e as sugestões para a prática.

Para a elaboração do quadro conceptual recorreremos à pesquisa de trabalhos publicados em revistas científicas, através de bases de dados como Ebscohost, Elsevier, Scielo, B-on, Medline, Pubmed e RCAAP. Foram selecionados artigos de investigação cujas datas de publicação fossem superiores a 2009, respeitando um período máximo de cinco anos. Contudo, em relação a alguns dos temas abordados não foram encontrados artigos datados tão recentemente tendo, por isso, sido alargada a pesquisa a um maior período

temporal, mantendo sempre a preocupação de conseguir conteúdos atualizados sobre as temáticas pesquisadas. Também utilizamos como recurso outras publicações disponíveis na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A parte empírica do trabalho envolveu a aplicação de instrumentos de recolha de dados de natureza distinta, dado o carácter misto do trabalho. Foram administrados os seguintes instrumentos: a Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011), acompanhada de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e uma entrevista semiestruturada. Estes foram aplicados a uma amostra de enfermeiros prestadores de cuidados nos serviços de urgência e medicina intensiva pediátricos em dois hospitais centrais, nas cidades do Porto e do Funchal. Os dados foram posteriormente analisados estatisticamente com recurso ao SPSS, versão 20 (*Statistical Package for Social Sciences*, IBM), e através do processo de análise de conteúdo segundo Bardin (1977).

Pretendemos com este trabalho estudar o sofrimento que o acontecimento morte súbita pediátrica provoca nos profissionais de enfermagem, contribuindo assim para a evolução das ciências de enfermagem. Desejamos também contribuir para a promoção de melhores condições do exercício da profissão, sensibilizando as instituições, de modo a que promovam mais apoio emocional aos profissionais de enfermagem e programas de formação onde sejam desenvolvidas as competências no domínio da gestão de situações traumáticas, de sofrimento humano e de comunicação com os utentes.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**





## 1. A MORTE SÚBITA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A morte de uma criança revela-se uma afronta maior e uma realidade ainda mais difícil de aceitar, pois trata-se de uma alteração do ciclo normal da vida colocando a descoberto uma realidade incômoda: a de que a morte não tem regras (Simões, 2011).

A morte súbita pediátrica é normalmente relacionada com o Síndrome de Morte Súbita do Lactente. Neste trabalho não é somente esta a situação que será abordada, mas sim todas as situações em que uma criança ou adolescente morre num curto espaço de tempo, devido a patologia prévia ou não (Levetown, 2004; Knapp & Mulligan-Smith, 2005) e no espaço de uma hora após a manifestação sintomática (Lim, Gibbs, Potts & Sanatani, 2010). No caso do trauma, considera-se a morte que ocorre na ocasião do acidente ou passadas menos de 24 horas após o mesmo.

As causas de morte súbita pediátrica podem dividir-se em dois tipos: as traumáticas e não traumáticas. As primeiras são referidas como trauma e podem variar desde as lesões provocadas por acidentes domésticos ou de viação, situações de violência, tais como homicídio, ou ainda mortes por desastres naturais (Knapp & Mulligan-Smith, 2005; Kristensen, Weisaeth & Heir, 2012). As segundas envolvem a doença súbita, sendo neste caso a patologia cardíaca e a condição determinada como Síndrome de Morte Súbita do Lactente as patologias mais frequentes (Levetown, 2004).

O conceito Síndrome de Morte Súbita no Lactente foi referido pela comunidade científica nos anos 60, mais precisamente em 1969, e tem sofrido uma evolução nos últimos anos, existindo cada vez mais investigação científica nesta área. A última definição foi divulgada em 2004 e intitula-se *The San Diego Definition*. Inclui-se na condição denominada de Síndrome de Morte Súbita no Lactente a morte de lactentes ou crianças abaixo de um ano de idade, que decorra durante o sono e não tenha nenhuma etiologia ou explicação aparente, sendo necessária e obrigatória uma autópsia para a determinação causal. Atribui-se geralmente a uma causa multifatorial no qual se destacam os fatores biológicos (infecção, alergias, alterações metabólicas e deficiências estruturais/funcionais

não detetadas *in utero*, problemas na termorregulação) e os fatores ambientais e socioeconómicos (Crawford, 2010; Carrol & Wood, 2012).

A causa de morte súbita por doença mais comum nas crianças é a patologia cardíaca, congénita ou hereditária, que se revela de forma inesperada (Carrol & Wood, 2012; Kubus & Janousek, 2012). As crianças e adolescentes atletas, principalmente de alta competição, estão em maior risco e são os mais atingidos pela morte súbita de causa cardíaca, embora a incidência neste grupo específico tenha verificado também uma diminuição nos últimos anos, fruto da investigação realizada sobre a temática e do investimento realizado na prevenção e nos exames de deteção precoce (Kubus & Janousek, 2012).

### **1.1. A Dimensão do Problema em Portugal e em outros países**

Segundo a *World Health Organization* (WHO), no ano de 2004 morreram 830 000 crianças e adolescentes em todo o mundo, com idades entre os um e dezassete anos de idade, por lesões não intencionais ou acidentes, ou seja, uma morte que se poderá enquadrar no âmbito da “morte súbita” (WHO, 2008).

Na Europa, a principal causa de morte na faixa etária dos zero aos dezoito anos, é o trauma e representa cerca de 19% do total da mortalidade nesta faixa etária no triénio 2007-2009. Em Portugal, registaram-se cento e cinquenta e duas mortes de crianças e adolescentes relativas a traumatismos e lesões não intencionais no ano 2009 (últimos dados disponíveis), equivalente ao sétimo lugar europeu (Eurosafe, 2012). Também nos Estados Unidos da América o trauma é considerado a principal causa de morte na faixa etária entre os um e os vinte e quatro anos de idade (MacDorman *et al.*, 2002 cit. por Levetown, 2004; Lim *et al.*, 2010).

Quando não associada a acidente ou trauma, a morte súbita representa cerca de 5% do total de mortalidade nas crianças e jovens nos países ocidentais (Norris, 1992 cit. por Kristensen, Weisaeth & Heir, 2012).

A Síndrome de Morte Súbita no Lactente é a primeira causa de morte nos Estados Unidos da América, em bebés entre um mês e o primeiro ano de vida, e representa cerca de 8% do total das causas de morte nesta idade (Engelke, 2012). Estes dados coincidem com a estatística disponível a nível europeu, mais concretamente da Inglaterra e da Escócia, relativos ao ano de 2007 (Messer, 2009 cit. por Crawford, 2010). Ainda assim, alguns

autores são concordantes ao afirmar que tem sido um fenómeno que tem diminuído ao longo dos anos (Crawford, 2010; Carrol & Wood, 2012).

Corrado e colaboradores (2005) referem uma incidência de morte súbita cardíaca de 0.8 a 2.8/100 000 indivíduos por ano em jovens europeus, atletas e não atletas, com idades compreendidas entre doze e trinta e cinco anos de idade (Corrado *et al.*, 2005). Winkel e colaboradores (2011) afirmam que no período de 2000 a 2006, na Dinamarca, a incidência da morte súbita foi de 10% na população com idades compreendidas entre um e trinta e cinco anos. Embora seja abrangida uma faixa etária alargada, ao contrário do que se pretende estudar neste trabalho, importa reconhecer que se trata de um número significativo, que em si justifica a necessidade de mais estudos junto das populações diretamente expostas ao acontecimento, nomeadamente os profissionais de saúde.

## **1.2. A Morte Súbita nos Serviços de Urgência e Medicina Intensiva Pediátricos – Acontecimento Stressante e Traumático**

Os contextos dos serviços de urgência e serviço de medicina intensiva pediátricos são singulares e distintos de qualquer outro serviço dos cuidados de saúde. Horários rotativos, cuidados por vezes muito tecnicistas, um sentido de responsabilidade ampliada e a obrigatoriedade de atualização constante face à tecnologia e novos conhecimentos científicos são fatores que assumem particular relevância para os enfermeiros que prestam cuidados nestes serviços, podendo, no entanto, também revelar-se stressantes e influenciar a sua competência técnica e equilíbrio emocional. A estas questões junta-se ainda a imprevisibilidade diária do trabalho, pois os doentes que recorrem a estes serviços englobam-se num largo espectro de doença e necessidades de saúde, desde situações mais ligeiras às mais graves (Silveira, Stumm & Kirchner , 2009).

Os enfermeiros do serviço de urgência e unidade de medicina intensiva lidam frequentemente com acontecimentos traumáticos (Maytum, Heiman & Garwick , 2004; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Lally & Pierce, 1996 cit. por Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010; Declercq, Meganck, Deheegher & Van Hoorde, 2011). Um acontecimento traumático é todo aquele evento que, por ser tão extremo e de grande severidade, pode afetar a capacidade do indivíduo em confrontá-lo, conduzindo a reações

emocionais, comportamentais ou cognitivas involgares (Meichenbaum, 1994 cit. por Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012).

Entre os acontecimentos traumáticos mais referidos pelos enfermeiros de serviços de urgência estão a morte súbita, a morte de crianças e de pessoas jovens e a comunicação com os familiares das vítimas (Yang *et al.*, 2002). Comparativamente à população geral, os enfermeiros de um serviço de urgência apresentaram uma incidência muito superior de vivência de eventos traumáticos, na ordem dos 87%, enquanto na população em geral a incidência é de 42% (O'Connor & Jeavons, 2003 cit. por Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012).

O serviço de medicina intensiva pediátrica revela-se também um serviço em que o trabalho dos enfermeiros é particularmente exigente e com níveis elevados de stresse. Eventos semelhantes aos encontrados em serviços de urgência, como a morte súbita, a morte de crianças e jovens e o lidar com as famílias, são também frequentemente apontados na literatura como stressores muito significativos presentes nestes serviços (Maytum, Heiman & Garwick, 2004; Lally & Pierce, 1996 cit. por Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010).

Alguns acontecimentos vivenciados pelos enfermeiros adquirem particular relevância por serem situações contínuas e mais recorrentes e são por vezes referidos pelos enfermeiros como traumáticos. Podem ser factores organizacionais (p.e. as condições de trabalho e más relações interpessoais) e factores relacionados com a prática clínica (p.e. os efeitos secundários de alguns tratamentos ou medicações que podem ocorrer nas crianças/adolescentes como a dor) (Czaja, Moss & Mealer, 2012). Situações relacionadas com a morte e o final de vida podem não ser considerados pelos enfermeiros como traumáticos, pois, nesses casos, não consideram esses acontecimentos como passíveis de alterar a sua conduta ou influenciar o seu estado emocional a longo prazo, dada a sua ocasionalidade (Czaja, Moss & Mealer, 2012).

Em Portugal são escassos os estudos neste domínio. Ferreira (2010) realizou um estudo sobre os eventos stressores, potencialmente traumáticos, nas unidades de medicina intensiva gerais, sendo os factores organizacionais os que foram mais referenciados pelos enfermeiros. Outros dados são revelados numa investigação realizada por Santos e Teixeira (2009) também a uma amostra de enfermeiros, alguns a exercer funções no serviço de urgência, na qual os autores descrevem a “morte e o morrer” como os acontecimentos que os participantes consideraram mais stressantes na sua vida profissional.

A morte súbita revela-se um acontecimento traumático na vivência dos enfermeiros dos serviços de urgência e medicina intensiva pediátricos, cuja importância do seu estudo se observa face ao impacto que provoca nos enfermeiros. Em seguida, será abordado o stresse e as teorias que baseiam a Perturbação de Stresse Traumático

Secundário, para uma melhor compreensão das consequências do acontecimento morte súbita pediátrica nos enfermeiros.



## **2. ABORDAGENS TEÓRICAS NO ESTUDO DO STRESSE E CONFRONTO**

No sentido de melhor compreender o impacto da morte súbita da criança e adolescente como acontecimento stressante para o enfermeiro e as estratégias que este usa para lidar com este tipo de acontecimento, apresentar-se-á neste capítulo uma breve abordagem teórica dos processos de stress e confronto.

Dadas as especificidades das experiências vividas pelos enfermeiros nos cuidados prestados no serviço de urgência e medicina intensiva pediátricos e dado que no capítulo anterior verificou-se que estas podem ser vivenciadas como traumáticas, considera-se que será pertinente e útil partir da teoria sobre a Perturbação de Stress Traumático Secundário (PSTS). Neste sentido, serão abordados os diversos modelos teóricos que suportam a conceptualização da PSTS, nomeadamente os modelos de Figley (1995), Dutton e Rubinstein (1995) e Horowitz (1976), sendo esta última autora quem desenvolveu o Modelo de Resposta ao Stress, modelo base de um dos instrumentos de recolha de dados utilizado neste trabalho.

Para a compreensão dos processos de confronto utilizados pelos enfermeiros dos referidos serviços será abordada a Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984) que constituirá um alicerce teórico à grelha de análise dos resultados obtidos, em especial na parte mais qualitativa deste trabalho.

O stress é um constructo que tem sido estudado por várias disciplinas, desde a psicologia da saúde à medicina e à enfermagem e a sua compreensão se tem revelado um avanço importante na descoberta da etiologia de várias patologias, das quais normalmente é a causa (Lyon, 2000). Constatamos que, ao longo dos tempos, o stress surgiu sempre associado ao desenvolvimento de emoções, positivas ou negativas (Graziani & Swendsen, 2007)

A definição de stresse na literatura nem sempre é consensual. É identificado pela maioria das pessoas como algo que é inerente ao quotidiano humano, que surge no trabalho ou em outras circunstâncias como o meio familiar, causador de sofrimento físico, traduzido através de variados sintomas (p.e. insónias) e emocional (p.e. choro fácil) (Lyon, 2000).

No entanto, definições mais científicas de stresse têm sido descritas no âmbito das ciências da saúde. Na psicologia da saúde o stresse define-se como uma resposta do indivíduo ao stressor, acontecimento externo ao indivíduo ou agente provocador de stresse, sendo essa resposta um processo que envolve mecanismos bioquímicos, comportamentais, psicológicos e fisiológicos do indivíduo (Ogden, 2004). Uma definição de referência mais habitual no meio científico é a de Lazarus e Launier (1978, cit. por Ogden, 2004) que se referem ao stresse como um processo entre o indivíduo e o meio, resultante da perceção do meio e da capacidade que o indivíduo apresenta para enfrentar as exigências do estímulo considerado enquanto stressor.

As consequências ou efeitos do stresse na vida dos indivíduos são de diferente natureza e gravidade e podem refletir-se a vários níveis: físico, emocional, social e profissional. A nível social pode ocorrer um certo desajustamento, alheamento e até possíveis conflitos interpessoais. Em termos de saúde física e bem-estar, o indivíduo pode apresentar alterações somáticas como cefaleias, lombalgias, transtornos gastrointestinais, entre outros. Profissionalmente, as consequências do stresse expressam-se em desmotivação, absentismo, baixo desempenho profissional e produtividade e em relações interpessoais problemáticas (Barreto da Costa *et al.*, 2011).

A influência dos stressores em contexto laboral e as estratégias utilizadas para os enfrentar são temáticas que têm sido cada vez mais estudadas nos últimos anos, especialmente na profissão de enfermagem. O aumento dos estudos nesta área relaciona-se com a constatação das exigências da profissão e do tipo de stressores a que os enfermeiros estão expostos.

Uma das consequências do stresse laboral, concretamente nos profissionais da área da enfermagem, é a Perturbação de Stresse Traumático Secundário, condição resultante da exposição ao trauma primário, a seguir desenvolvido.



## 2.1. Perturbação de Stresse Traumático Secundário

Descrita como um risco potencial em variadas profissões e contextos, a Perturbação de Stresse Traumático Secundário (PSTS) evidencia-se em profissões como a enfermagem e outras (p.e. polícias, bombeiros e outros socorristas) nas quais o profissional esteja exposto a acontecimentos traumáticos. Na classe profissional dos enfermeiros, são identificados como grupo mais vulnerável e de alto risco os prestadores de cuidados na emergência e medicina intensiva devido ao tipo de situações (p.e. a morte súbita) com que são confrontados no seu quotidiano e à frequência a que estão expostos às mesmas (Gates & Gillespie, 2008).

Apesar da *American Psychiatric Association* (APA) apenas definir como perturbação da ansiedade relacionada com o stresse a Perturbação de Stresse Pós Traumático (PSPT), autores como Meadors e colaboradores (2009), Von Rueden e colaboradores (2010), Crumpei e Dafinou (2012a), Meda e colaboradores (2012), consideram que os critérios estabelecidos pela APA para o diagnóstico de PSPT podem também ser utilizados para diagnóstico da PSTS. As vítimas de trauma são vítimas primárias, mas os profissionais de saúde que estão envolvidos no seu cuidado, embora não sejam as vítimas do acontecimento primário, podem manifestar sintomas semelhantes aos de stresse traumático primário (Meadors *et al.*, 2009).

Pode-se então definir a Perturbação de Stresse Traumático Secundário como um conjunto de sintomas e reações emocionais que se manifesta nos profissionais que lidam diária e continuamente com o sofrimento dos outros, uma resposta empática ao sofrimento, exacerbada pelas próprias experiências dos profissionais e pela repetição ou frequência do evento traumático (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009; Von Rueden *et al.*, 2010).

Os sintomas de PSTS são: sintomas de intrusão, que se traduzem por medos, pesadelos, pensamentos e imagens intrusivas e incontroláveis do acontecimento; sintomas de evitamento expressos no entorpecimento emocional, apatia, evitamento de pessoas ou locais relacionados com o evento; e sintomas de hiperativação, patentes em alterações no padrão do sono, dificuldade de concentração e alterações do humor (APA, 2000). A intrusão é considerada a dimensão mais significativa desta síndrome, porque conduz o indivíduo a uma invocação incontrolada do acontecimento (Laposa, Alden & Fullerton, 2003).

A literatura também refere fatores de risco para o desenvolvimento de PSTS. Na caracterização individual, o género feminino é descrito como o mais vulnerável

independentemente da profissão (Gates & Gillespie, 2008; Healy & Tyrrell, 2011; Meda *et al.*, 2012; Pedras & Pereira, 2012). Esta vulnerabilidade parece estar relacionada com as diferentes respostas cognitivas face ao evento stressor adoptadas mais tipicamente pelas mulheres e pelos homens, pois na apreciação primária do evento as primeiras consideram-no traumático de forma mais significativa (Irish *et al.*, 2011).

Em relação à personalidade do profissional, a empatia é o fator mais referido. Ser mais empático é considerado um fator de risco para a PSTS (Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009; Pedras & Pereira, 2009; Crumpei & Dafinoiu, 2012a; Meda *et al.*, 2012). É também mencionado o sentido de humor como uma estratégia inerente à personalidade e está descrito que os enfermeiros que mais recorrem a essa estratégia apresentam menos probabilidade de sofrer de PSTS (Figley, 1995 cit. por Meda *et al.*, 2012).

O conjunto de recursos de confronto a que o enfermeiro recorre frente ao acontecimento traumático desempenha também um papel de grande importância na sua capacidade em superar a situação (Gates & Gillespie, 2008; Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009; Niiyama *et al.*, 2009; Komachi *et al.*, 2012). O confronto ineficaz desencadeia sentimentos de frustração e conduz a um estado de *autoreprovação* (Komachi *et al.*, 2012, p.157), sendo as estratégias de confronto ativo as que parecem mais adequadas e eficazes (Buurman *et al.*, 2011).

A existência de uma vida familiar estável e equilibrada, a satisfação profissional, a existência de crenças religiosas ou a espiritualidade são fatores de ordem pessoal que a investigação tem demonstrado funcionarem como moderadores, atuando na maior parte dos casos como protetores. Já a inexperiência profissional e a histórias pessoais de trauma são consideradas como potenciadoras de PSTS (Crumpei & Dafinoiu, 2012a). Ainda assim, não é clara esta relação, na medida em que Gates e Gillespie (2008), Robins, Meltzer e Zelikovsky (2009) e Komachi e colaboradores (2012) consideram que uma maior experiência profissional se associa a uma maior exposição ao trauma e assim, a um risco acrescido.

O contexto organizacional engloba também componentes de risco ou proteção em relação à PSTS. A sobrecarga de trabalho, traduzida nas horas semanais e no trabalho secundário (*part time*) são considerados fatores de risco. Já o suporte social, nomeadamente por parte dos pares, é considerado um fator positivo e protetor (Gates & Gillespie, 2008; Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009).

Não obstante, esta relação entre o suporte social e a PSTS não parece ser linear, na medida em que Buurman e colaboradores (2011) referem que o tipo de resposta que os enfermeiros recebem dos seus pares pode não ser a suficiente ou a mais adequada e assim não funcionar como fator protetor, mas hipoteticamente potenciador.

Também são referidos fatores relacionados com os utentes. Gates e Gillespie (2008) enumeram os processos de identificação por parte do profissional com o utente, o tipo de trauma a que o utente foi sujeito e a idade deste último, sendo a idade pediátrica a mais crítica para os enfermeiros prestadores de cuidados de emergência e medicina intensiva (Crabbe *et al.*, 2004 e Laposa & Alden, 2003 cit. por Gates & Gillespie, 2008).

Por sua vez, os programas de educação e treino no domínio das estratégias de confronto são apontados como fatores facilitadores e redutores de PSTS (Gates & Gillespie, 2008).

Na revisão da literatura sobre o stresse traumático secundário é possível também encontrar os constructos *fadiga por compaixão*, *trauma vicariante* e *burnout*, como estando relacionados com o trauma secundário, pelo que iremos em seguida e de forma sumária descreve-los.

#### *2.1.1. Conceitos Associados: Trauma Vicariante, Fadiga Por Compaixão e Burnout*

Tal como referido anteriormente, no processo de revisão da literatura encontramos vários constructos associados ao stresse traumático, pelo que julgamos que seria necessário realizar uma distinção entre eles, no sentido de melhor compreender e operacionalizar a PSTS. Verificamos ainda que alguns autores analisaram e definiram os constructos singularmente e concluíram que na prática essa distinção é necessária e útil para entender o fenómeno da traumatização secundária (Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009; Meadors *et al.*, 2009; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Coetzee & Klopper, 2010; Tabor, 2011; Elwood, Mott, Lohr & Galovski, 2011; Komachi *et al.*, 2012).

O conceito de **trauma vicariante** (TV) surgiu nos anos 90 no âmbito de uma investigação realizada por McCann e Pearlman (1990), centrada na reação aos eventos traumáticos por parte de profissionais de saúde mental, num contexto de emergência e urgência. Mais tarde Figley (1995) quando apresentou a primeira definição de PSTS igualou os termos, definindo o TV como uma consequência do trabalho junto de indivíduos sujeitos a trauma, na qual o profissional apresenta sintomas ou sinais semelhantes a esses indivíduos (Argentero & Setti, 2011).

Posteriormente, o TV foi definido como uma alteração nas crenças e competências cognitivas do indivíduo, relacionadas com a capacidade empática face às experiências traumáticas daqueles a quem se presta cuidado. O resultado desta transformação implica

diminuição do sentido de conectividade, de identidade e até de compreensão por parte do profissional, assim como a transformação das suas necessidades afetivas, psicológicas, relações interpessoais, memórias e crenças sobre si mesmo e os outros (Pearlman & Saakvitne, 1995 cit. por Rughoo, 2010). Tabor (2011) refere que estas alterações mais profundas ocorrem pelo prolongamento da convivência do profissional com o indivíduo traumatizado, ou seja resultam também de um efeito cumulativo.

A sintomatologia apresentada no TV, embora com características específicas já descritas, é semelhante ao PSTS, daí a sua utilização frequente como conceito substituto de PSTS (Rughoo, 2010). No entanto, Tabor (2011) especifica que, contrariamente ao que sucede na PSTS, no TV o profissional afetado não tem necessariamente que experienciar ou vivenciar o acontecimento traumático.

A **fadiga por compaixão** (FC) foi relatada por Joinson (1992, cit. por Coetze & Klopper, 2010) durante uma investigação sobre as causas de *burnout* presente em enfermeiros de urgência e emergência, mas o conceito não foi muito desenvolvido pelo investigador. Mais tarde foi Figley (1995) quem desenvolveu o constructo, utilizando o termo *fadiga por compaixão* como um substituto suave de PSTS, de forma a não rotular o profissional afetado por PSTS como doente psiquiátrico, dada a aproximação com PSPT (Coetze & Klopper, 2010). Sem fazer uma distinção explícita dos constructos, Figley descreveu que a FC implica um estado em que o profissional fica incapacitado de providenciar cuidados com o mesmo grau de compaixão que prestava anteriormente à exposição repetida a eventos traumáticos. Os sintomas de FC descritos englobam-se nas dimensões do PSTS: intrusão, evitamento e hiperativação (Meadors & Lamson, 2008).

Pedras e Pereira (2012) abordam também o conceito de FC, mas numa interpretação por níveis segundo a qual a FC seria uma forma de *burnout*. A FC seria um extremo da situação que se inicia com o *stress por compaixão* e poderia ser a precursora da PSTS (Figley, 1998, cit. por Pedras & Pereira, 2012).

O último dos termos associado ao PSTS é o ***burnout***, aliás é o fenómeno mais frequentemente estudado em relação ao stress profissional, nomeadamente na área da enfermagem no nosso país, sendo vários os estudos realizados nos últimos anos em Portugal sobre o tema (Borges, 2005; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Silva & Gomes, 2009; Custódio, 2010).

O *burnout* é uma síndrome caracterizada por um estado de exaustão físico e emocional, resultado da exposição prolongada e crónica ao stress laboral. A síndrome é composta por três componentes: a exaustão emocional, a despersonalização e o descomprometimento (Maslach & Jackson, 2003 cit. por Buurman *et al.*, 2011) e está

relacionada com dois tipos de stressores: os acontecimentos graves, onde se inclui a morte, e os relacionados com a organização, como por exemplo mau relacionamento interpessoal.

Ao contrário do que acontece com a PSTS, a maioria dos estudos associa o *burnout* aos fatores organizacionais (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 cit. por Devilly, Wright & Varker, 2009; Buurman *et al.*, 2011).

Após breve abordagem a estes conceitos, optou-se pelo constructo Stresse Traumático Secundário como variável principal deste trabalho, visto que, após uma revisão da literatura, pareceu descrever de forma mais satisfatória a resposta ao acontecimento traumático que constitui o foco deste estudo. Sendo assim, iremos em seguida fazer uma breve descrição dos modelos explicativos mais frequentemente mencionados nos estudos sobre a Perturbação de Stresse Traumático Secundário.

## **2.2.Modelos teóricos da Perturbação de Stresse Traumático Secundário**

Os modelos teóricos explicativos da Perturbação de Stresse Traumático Secundário reportam-se aos anos 90 e surgem após a investigação de Figley (1995), na qual foi identificado o fenómeno de stresse traumático secundário. Baseados nessa pesquisa surgiram outros modelos teóricos como é exemplo o modelo de Dutton e Rubinstein (1995). No entanto, já anteriormente, mais concretamente nos anos 70, Horowitz (1976) havia desenvolvido o Síndrome de Resposta ao Stresse, definindo constructos depois assimilados pela APA como critérios de diagnóstico na Perturbação de Stresse Traumático Secundário (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982; Andrews, Shevlin, Troop & Joseph, 2004).

Neste subcapítulo abordar-se-á de forma resumida as teorias de Figley (1995) e de Dutton e Rubinstein (1995) e, de forma mais detalhada, o Síndrome de Resposta ao Stresse de Horowitz (1976), pois é nesta última teoria que se baseia o instrumento de avaliação utilizado neste trabalho, assim como parte do processo de análise de conteúdo. De referir que a revisão bibliográfica relativamente à teoria de Horowitz revelou-se pouco proveitosa em datas recentes, tendo por isso sido utilizados documentos das décadas 70 ou 90, que se mantêm, contudo, como a base teórica relativamente à temática em questão.

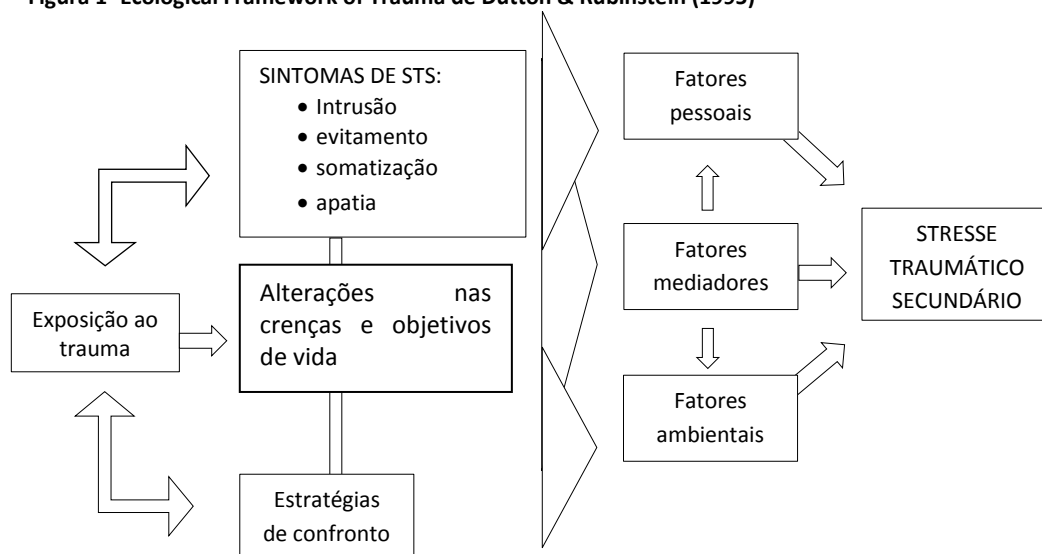
### 2.2.1 “Trauma Transmission Model” de Figley (1995) e Ecological Framework of Trauma de Dutton e Rubinstein (1995)

O Modelo de Transmissão Secundária de Trauma de Figley (1995, cit. por Meda *et al.*, 2012) foi o primeiro a ser desenvolvido e assenta em quatro componentes que influenciam a predisposição do profissional para a PSTS: a empatia, o comportamento perante a vítima de trauma primário ou o evento traumático, a capacidade de desvinculação do contexto laboral e pessoal e a satisfação profissional.

Este modelo enfatiza a empatia como fator dominante, pois é da capacidade de compreensão do profissional frente ao sujeito que poderão desencadear-se sintomas semelhantes aos vivenciados pelo mesmo, ou seja, a traumatização secundária. Neste processo, os antecedentes de história pessoal de trauma representam também um papel importante, pois através destes o indivíduo torna-se mais ou menos empático à experiência vivenciada pelos outros (Figley, 1995 e 1999, cit. por Meda *et al.*, 2012).

Dutton e Rubinstein (1995) também investigaram o fenómeno, embora não sejam tão comumente mencionados na literatura. Apresentaram um modelo explicativo do trauma secundário intitulado *Ecological Framework of Trauma* (Ver **Figura 1**), onde se integram alguns aspetos do modelo anterior. Este modelo assenta em quatro componentes interligados entre si: o evento traumático ao qual o profissional está exposto, as reações que o evento provoca, as estratégias de confronto utilizadas e os fatores mediadores de ordem ambiental e pessoal (Rughoo, 2010; Meda *et al.*, 2012).

**Figura 1- Ecological Framework of Trauma de Dutton & Rubinstein (1995)**



Fonte: adaptado de Rughoo, 2010, p.17

Segundo o modelo mencionado, as estratégias que o indivíduo seleciona para enfrentar o evento traumático dependem do tipo de acontecimento com que é confrontado, mas um mesmo acontecimento, com intensidade semelhante, pode também desencadear diferentes reações consoante o indivíduo que é exposto. A rede de suporte social é considerada neste modelo como uma das principais estratégias de confronto, seja a rede de suporte na vida pessoal ou na vida organizacional (Rughoo, 2010).

No que concerne aos fatores mediadores, Dutton e Rubinstein (1995) definiram como fatores individuais: a autoestima do profissional, os recursos (como a formação, a experiência e treino), as vulnerabilidades (tais como os antecedentes pessoais de trauma) e a satisfação nos campos profissional e pessoal. Os fatores ambientais englobam o suporte social e organizacional, o contexto profissional e pessoal e o meio cultural onde o profissional está inserido (Dutton & Rubinstein, 1995 cit. por Rughoo, 2010).

O modelo inclui ainda três outros domínios. O primeiro são os sintomas relacionados com o stress secundário: a intrusão, o comportamento evitante, a somatização e a apatia; o segundo descreve as alterações nas crenças e objetivos de vida do sujeito face ao evento traumático; o terceiro refere-se à relação entre o profissional e o sujeito do trauma primário tendo em conta os fatores mediadores pessoais do profissional (Dutton & Rubinstein, 1995 cit. por Rughoo, 2010).

### *2.2.2 Modelo de Resposta ao Stresse de Horowitz (1976)*

Horowitz (1976) desenvolveu a sua pesquisa em redor dos acontecimentos traumáticos e das reações que o indivíduo apresenta perante os mesmos, comprovando a ligação entre os acontecimentos traumáticos e o desenvolvimento de sintomas psicológicos reconhecidos e estudados desde Freud (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982).

Segundo Horowitz (1976), os indivíduos possuem modelos mentais prévios da realidade que os rodeia e assim, na ocorrência de acontecimentos traumáticos, encontram-se perante situações/dados que não se enquadram no seu modelo mental, colocando em causa essa representação do meio e conduzindo à necessidade de uma reorganização mental (Janoff-Bulman, 1985 e 1992 cit. por Andrews *et al.*, 2004). É durante esse período de reorganização que se alternam as respostas de intrusão e de evitamento (Andrews *et al.*, 2004). Zilberg, Weiss e Horowitz (1982) referem também que, visto que a intrusão provoca sofrimento, a resposta do indivíduo é tentar evitar estímulos que a evoquem ou reproduzam, surgindo desta forma as estratégias descritas como sendo de evitamento.

A teoria de Horowitz preconiza que, face aos acontecimentos traumáticos, a reação do indivíduo passa por um padrão expetável de respostas alternadas de intrusão e evitamento, até ocorrer a assimilação psicológica do evento (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982; Andrews *et al.*, 2004; Beck *et al.*, 2008). Neste sentido, as reações de intrusão e evitamento são assim consideradas respostas cognitivas ao stresse (Horowitz, Becker & Moskowitz, 1971).

Surgiu mais recentemente na literatura um novo constructo associado ao stresse, o de cognição perseverante, cuja definição é semelhante à de intrusão. Ou seja, trata-se de um processo caracterizado pela presença constante e intensa de representações cognitivas do acontecimento stressor anterior e posterior a este (Thayer e Brosschot, 2010).

O pressuposto de que o indivíduo pode apresentar pensamentos intrusivos antes do próprio acontecimento ocorrer é uma novidade face à teoria de Horowitz. Contudo, parece bastante interessante, na medida em que pode, inclusive, permitir a possibilidade do indivíduo selecionar antecipadamente as estratégias de confronto adequadas aos acontecimentos (Thayer & Brosschot, 2010).

Embora a intrusão e o evitamento possam ser considerados mecanismos normais de ajustamento do indivíduo perante um acontecimento traumático, há todavia a hipótese de despoletarem uma situação psicopatológica. Tal é passível de acontecer não em relação à quantidade de respostas intrusivas ou de evitamento, mas sim quando essas respostas são prolongadas no tempo ou excedem os limites toleráveis, não promovem a adaptação do indivíduo ao evento e conduzem ao esgotamento dos seus recursos (Thayer & Brosschot, 2010).

Num indivíduo cujo processo de aceitação do acontecimento decorre normalmente, este balanço de respostas intrusivas e evitantes decresce ao longo do tempo (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982; Andrews *et al.*, 2004; Thayer & Brosschot, 2010).

Além de promover sintomas psicopatológicos, o prolongamento das respostas intrusivas associa-se também a sintomas psicossomáticos, tais como cefaleias, cervicalgias, epigastralgias ou sintomas gripais, assim como a alterações ao nível do sono e repouso e o prolongamento de respostas dependentes do sistema autonómico (Thayer & Brosschot, 2010).

Descrevendo agora mais em detalhe esta perturbação, a intrusão operacionaliza-se através de imagens, pensamentos, ideias e sentimentos intrusivos e incontroláveis ou pesadelos que o indivíduo apresenta após a vivência do evento traumático (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982). Davey (1994 cit. por Thayer & Brosschot, 2010) refere que a intrusão está relacionada com o confronto focado no problema, embora associada a uma baixa expectativa de sucesso. Como já referido, as respostas intrusivas podem conduzir a



perturbações psicopatológicas, daí que esta associação da intrusão ao confronto focado no problema, referenciado como o mais eficaz, está associada ao prolongamento das tentativas de resolução do problema e perseverança dos pensamentos intrusivos sem que, no entanto, o indivíduo seja bem sucedido na resolução do seu problema ou crise (Thayer & Brosschot, 2010). Por outro lado, o evitamento passa por evitar conscientemente ideias, sentimentos ou até situações que lembrem o acontecimento (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982).

O modelo teórico de Horowitz serviu de base para um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação dos sintomas de PSPT e, consequentemente, de PSTS, a *Impact of Event Scale* (IES, Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Posteriormente, esta escala foi revista por Weiss e Marmar (1997), transformando-se na *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R, Weiss & Marmar, 1997). Em seguida descrevemos sumariamente a escala na versão revista, cuja versão traduzida e adaptada para português foi utilizada na recolha de dados deste trabalho.

### 2.2.3. *Impact Of Event Scale – Revised (Weiss & Marmar, 1997; Escala do Impacto do Acontecimento – Revista, Traduzida por: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011)*

A Escala do Impacto do Acontecimento - Revista (EIA-R, Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011) surgiu da necessidade dos investigadores em adequarem a *Impact of Event Scale* (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) após as várias incongruências detectadas nas análises psicométricas e numa tentativa de adequar os sintomas medidos com os definidos como critérios de diagnóstico de PTSD e PSTS (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).

Neste sentido, Weiss e Marmar (1997) acrescentaram à *Impact of Event Scale* a dimensão da hiperativação, seguindo a definição da APA (1980) que descreve um conjunto de sintomas como pesadelos e dificuldades no sono, défice de concentração, irritabilidade, ira, activação fisiológica acentuada e hipervigilância, sendo a subescala composta por seis itens destinados à avaliação da presença dos mesmos.

Na medida em que avalia a presença de sintomas de intrusão, evitamento e hiperativação, típicos da PSPT e PSTS, a EIA-R está descrita como um instrumento adequado para a avaliação do impacto emocional provocado por um acontecimento traumático (Beck

*et al.*, 2008; Motlagh, 2010; Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011). Contudo, individualmente, não pode ser considerada como ferramenta de diagnóstico de PSPT ou PSTS, mas sim como um auxiliar de avaliação da potencialidade de desenvolvimento da síndrome e de outras formas menos graves de resposta ao stress que se incluem nas perturbações de ansiedade (Motlagh, 2010).

Comparativamente à IES, outras alterações foram realizadas nesta nova versão, nomeadamente em relação à escala de *Likert* e aos *pontos de corte*. Ao invés de medir a frequência dos sintomas a EIA-R, mede o quanto os sujeitos se sentem afetados por um acontecimento específico através de uma escala de *Likert*, composta por cinco itens que variam entre zero e quatro respetivamente: 0 corresponde a “nada”, 1 a “um pouco”, 2 a “moderadamente”, 3 a “bastante” e 4 a “muitíssimo” (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).

Na apresentação original da EIA-R, Weiss e Marmar (1997, cit. por Vassar, Knaup, Hale & Hale, 2011) estipularam *pontos de corte* que indicavam reações *minor* para os valores entre 0 e 8, reações moderadas para valores entre 9 a 19 e reações clinicamente importantes quando os valores são superiores a 20. Outras propostas de modelos de *pontos de corte* surgiram entretanto, mas concluiu-se que, como a finalidade da escala era auxiliar na deteção de sintomas de stress traumático ao invés de certificar um diagnóstico, poder-se-ia considerar globalmente o valor total da escala como medida de impacto e relacioná-lo com maior ou menor presença de sintomas de stress traumático (Motlagh, 2010).

A EIA-R tem sido utilizada nas investigações relativas ao PSTS em vários países e com vários tipos de populações (Brunet, St-Hilaire, Jehel & King 2003; Beck *et al.*, 2008; Niiyma *et al.*, 2009; Pillai, Aigalikal, Vishwasrao & Husainy, 2010; Golden & Dagleish, 2010; Irish *et al.*, 2011; Asukai, Tsuruta, & Saito, 2011; Elwood *et al.*, 2011); Komachi *et al.*, 2012). Do nosso conhecimento, apenas Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011) traduziram e adaptaram a escala à população portuguesa.

## **2.3 Modelos Transacionais de Stresse e Confronto**

Os modelos transacionais do stress e confronto assumem que um mesmo acontecimento stressor pode desencadear reações diferentes em diferentes indivíduos,

dependendo de vários fatores, nomeadamente dos seus recursos de confronto (Graziani & Swendsen, 2007).

Após alguma revisão sobre os diferentes modelos de confronto descritos na bibliografia, optou-se como alicerce teórico para o desenvolvimento deste trabalho a Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984). Além do facto de propor uma taxonomia bastante clara e detalhada das estratégias de confronto, esta é uma das teorias basais de um dos modelos conceptuais da enfermagem moderna, a Teoria das Transições de Afaf Meleis (1994), revelando por isso importância no entendimento dos fenómenos relacionados com a enfermagem e os enfermeiros.

### *2.3.1. Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984)*

Será abordada sumariamente a Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984), dando especial destaque à descrição dos processos de confronto, a partir da qual elaborámos a grelha categorial utilizada na análise de conteúdo.

A Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984) foi desenvolvida para a compreensão da vivência da doença, mas permite também a compreensão de outras crises de vida, pois centra-se no impacto psicológico das situações de crise e na forma como o indivíduo lida com as mesmas. Baseia-se nos estudos de Erich Lindemann (1944) sobre o luto e nas respostas utilizadas pelos indivíduos para ultrapassar essa situação, e na teoria do desenvolvimento de Erikson (1959) (Moos & Schaefer, 1984). Tem sido bastante utilizada como base teórica para a compreensão de múltiplas situações de crise e das transições que ocorrem concomitantemente (em inglês os *turning point*) e que poderão ter implicações futuras na sua capacidade de lidar com outros problemas críticos.

Segundo Moos e Schaefer (1984) todo o indivíduo necessita de um equilíbrio homeostático, assim como de um equilíbrio social e psicológico, gerando-se a crise quando existe uma quebra a nível dos padrões de vida, sociais e pessoais. Em situações mais normativas, o acontecimento provocador de desequilíbrio conduz à utilização de mecanismos de resolução do problema até que o equilíbrio seja recuperado. Porém, quando o acontecimento com o qual o indivíduo se depara é desconhecido ou os mecanismos de resposta que habitualmente utilizava se demonstram inadequados e ineficazes, surge um estado de desequilíbrio mais significativo, acompanhado de sentimentos como o medo e a culpa, intitulado de **crise** (Moos & Schaefer, 1984).

Dado que, como referido, o equilíbrio e homeostasia são necessários à sobrevivência, cabe ao indivíduo encontrar soluções para o problema num determinado espaço de tempo, que se espera curto, de dias ou semanas. O equilíbrio restabelecido pode significar a adaptação saudável ao evento, que promove o crescimento e amadurecimento pessoal, ou uma resposta mal adaptativa, indutora de desgaste e declínio psicológico (Moos & Schaefer, 1984).

### 2.3.2. Estratégias de Confronto

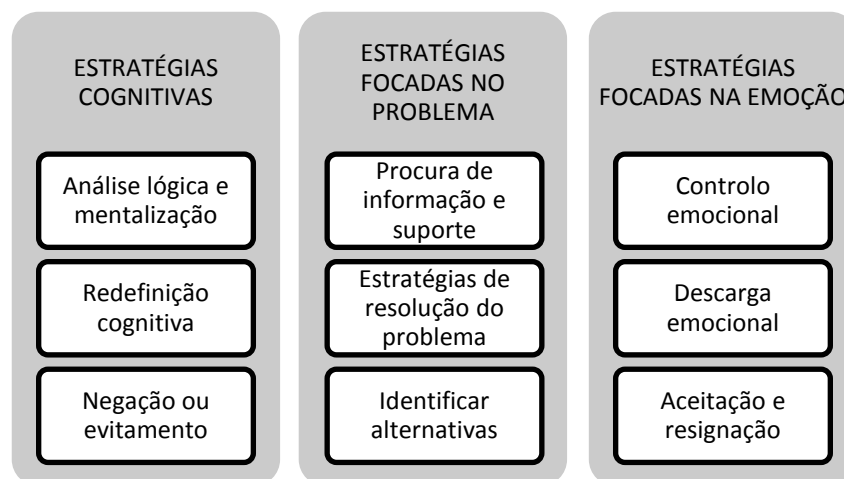
A escolha desta teoria, como já mencionado, prendeu-se essencialmente pelo seu contributo na descrição dos diferentes processos de confronto. Moos e Schaefer, tal como a teoria de Lazarus e Folkman (1984), assumem uma perspetiva mais cognitivo comportamental do confronto, propondo a existência de vários tipos de estratégias de confronto. Assim, ambos consideram que as estratégias de confronto não são estritamente adaptativas ou mal-adaptativas, mas sim mais ou menos eficazes em certas situações comparativamente a outras. As estratégias podem ainda ser utilizadas individualmente ou em conjunto, de forma mais estável ou temporária (Moos & Schaefer, 1984).

O processo de confronto caracteriza-se assim por um conjunto de comportamentos, emoções ou processos cognitivos aos quais o indivíduo recorre para lidar com o acontecimento considerado stressor e que não são rígidos face ao mesmo evento, podendo o indivíduo adaptá-los não só ao stressor, mas também ao meio e ao contexto envolvente (Burgess *et al.*, 2010; Schreuder *et al.*, 2012). Enquanto processo, o confronto não pode ser encarado como traço de personalidade, mas sim como uma resposta dinâmica do indivíduo a uma situação específica e não normativa, em função da avaliação realizada (Santos & Teixeira, 2009; Custódio, 2010).

Procuramos distinguir estilos e estratégias de confronto. Os estilos de confronto assemelham-se a hábitos frequentes aos quais o indivíduo recorre, a fim de confrontar o acontecimento stressante, independentemente da qualidade ou tipo de stressor. Afirmam-se como um atributo individual, com tendência a persistir ao longo da vida, e dependente da personalidade do indivíduo (Folkman *et al.*, 1986 cit. por Custódio, 2010). Por sua vez, as estratégias de confronto são processos cognitivos e comportamentais que o indivíduo aciona de forma situacional e menos previsível para lidar com o evento stressor (Amirkhan & Auyeung, 2007 cit. por Custódio, 2010).

As estratégias de confronto propostas por Moos e Schaefer (ver **Figura 2**) dividem-se em estratégias cognitivas, focadas no problema e focadas na emoção, que visam a manutenção do equilíbrio emocional.

**Figura 2- Estratégias de confronto segundo a Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984)**



Fonte: adaptado de Moos e Schaefer, 1984, p. 15

O conjunto de estratégias cognitivas engloba a análise lógica e mentalização, a redefinição cognitiva e a negação ou evitamento. As estratégias de análise lógica e mentalização correspondem ao fraccionamento do problema pelo indivíduo, transformando-o em aspetos mais pequenos mais fáceis de lidar. O acontecimento pode também ser encarado como lógico, mediante a crença no destino ou numa vontade divina. A redefinição cognitiva refere-se às estratégias que visam a aceitação do acontecimento, mas reestruturado, para que o indivíduo possa concentrar-se em aspetos positivos existentes no contexto. Além da reestruturação, o indivíduo pode também readaptar as suas prioridades e valores de maneira a se ajustar à realidade após o acontecimento. Finalmente, nesta categoria das estratégias cognitivas, surge a negação ou o evitamento, no qual o indivíduo procura evitar situações que lhe recordem o acontecimento, como o local ou pessoas que o presenciaram e também evitar a verbalização do ocorrido (Moos & Schaefer, 1984).

Relativamente às estratégias focadas no problema, os autores descrevem três tipos: a procura de informação e suporte, as estratégias de resolução do problema e a identificação de alternativas. Na procura de informações incluem-se as pesquisas bibliográficas ou na internet, assim como a formação que o indivíduo realiza para confrontar o acontecimento. Já a procura do apoio emocional e suporte geralmente envolve o desenvolvimento de interações com os pares, quer sejam familiares próximos, amigos ou colegas de trabalho. As estratégias de resolução do problema correspondem ao

desencadear de ações que visem resolver os aspetos práticos do acontecimento ou sugestões que capacitem o indivíduo para lidar com a situação. A identificação de alternativas equivale a encontrar substitutos para as perdas decorrentes da crise, tais como passatempos ou atividades de lazer (Moos & Schaefer, 1984).

As estratégias focadas na emoção dividem-se em dois tipos de processos: de controlo e de descarga emocional, assim como nas estratégias de resignação e aceitação dos acontecimentos. O controlo emocional corresponde ao controlo de emoções, à supressão de impulsos e à vivência ou gestão de sentimentos pessoais. Por sua vez, o descontrolo emocional resume-se no ventilar abertamente os sentimentos através de comportamentos como chorar, gritar ou verbalizar piadas fora de contexto, *acting out*. As estratégias de resignação e aceitação dos acontecimentos correspondem a encarar as situações como imutáveis e se conformar à realidade (Moos & Schaefer, 1984).

### **3 O ESTUDO DO IMPACTO EMOCIONAL DA MORTE SÚBITA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE NOS ENFERMEIROS**

Pretende-se neste capítulo descrever o impacto como medida de sofrimento causado pelo acontecimento em estudo. Anteriormente neste trabalho equacionou-se o impacto como sofrimento e consequentemente PSTS, perturbação na qual estão presentes sintomas de intrusão, evitamento e hiperativação, daí que também seja propósito deste capítulo conhecer a investigação que tem sido realizada neste domínio nos enfermeiros, relacionada com a vivência da morte.

É também objetivo deste capítulo descrever alguns estudos dos processos de confronto utilizados pelos enfermeiros, face ao acontecimento morte súbita pediátrica, nos contextos de urgência e medicina intensiva.

#### **3.1. O Estudo do Impacto da Morte na Enfermagem**

Todos os anos são declarados óbitos de crianças vítimas de morte súbita nos serviços de urgência e medicina intensiva. Normalmente, o efeito da vivência deste tipo de experiências é descrito sob a denominação de impacto (Wolfram , 2008; Knapp & Mulligan-Smith, 2005; Engelke, 2012). A palavra “impacto” na língua portuguesa significa *abalo provocado por um acontecimento doloroso ou chocante e impressão profunda provocada por uma ocorrência grave ou inesperada* (Infopedia , 2013). Por outro lado, a palavra “impacto” em Psicologia assume outro significado, tal como outros vocábulos que surgiram originalmente noutras áreas científicas que não a Psicologia, mas depois foram adaptados. Este trabalho segue a interpretação que a Psicologia faz de impacto, ou seja, o impacto como um constructo que pode ser operacionalizado através de medidas de ansiedade ou de sofrimento.

O fenómeno da morte tem sido cada vez mais estudado no panorama científico mundial. O grande foco atualmente são os temas que abrangem os cuidados paliativos e a oncologia, sendo poucos os estudos e artigos disponíveis sobre a morte súbita da criança e adolescente, sobretudo na perspetiva do enfermeiro. Foram apenas encontrados alguns trabalhos que abordam temáticas que se revelaram importantes para a construção do quadro conceptual deste trabalho, nomeadamente os de Knapp e Mulligan-Smith (2005), Buurman e colaboradores (2011), Engelke (2012), Adriaenssens, Gucht e Maes (2012) entre outros e que serão à frente apresentados com brevidade.

Nos estudos revistos e realizados em Portugal (Borges, 2005; Campos, 2010; Simões, 2011), a dificuldade no contacto com as famílias das crianças revela-se o denominador comum, presente nas conclusões de todos eles, mais concretamente a incapacidade sentida pelos enfermeiros em lidar com a família, pelos processos de projeção e identificação que os enfermeiros desencadeiam face ao sofrimento familiar.

Borges (2005), numa investigação qualitativa realizada com enfermeiros que lidavam diariamente com crianças com doença crónica e no final de vida, verificou que o sofrimento das crianças e familiares era transmissível aos enfermeiros e identificado com uma fonte de stresse. Foram descritos como exacerbadores do sofrimento alguns fatores relacionados com a situação clínica (p.e. a patologia e o prognóstico), a idade da criança, a atitude dos pais e a relação existente entre familiares e enfermeiros (Borges, 2005).

Campos (2010) concluiu que para os enfermeiros é difícil identificar qual a melhor forma de confortar as famílias em sofrimento, assim como em dar resposta às suas necessidades, revelando que existem ainda lacunas ao nível do desenvolvimento de competências necessárias aos enfermeiros que acompanham as famílias na morte e luto.

Simões (2011) discute a morte no âmbito dos cuidados paliativos assumindo a perspetiva da criança, da família e dos profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros. Refere que o luto dos enfermeiros é muitas vezes reprimido, não sendo vivenciado da melhor forma e conduzindo à depressão e a sintomas que se incluem na síndrome intitulada de *Burnout*, conceito já abordado neste trabalho. A insuficiente formação dos enfermeiros nesta área é novamente mencionada, sendo descrita como uma das principais causas da insegurança sentida por estes.

Loureiro (2004, 2010) é um dos investigadores que, no âmbito da enfermagem, mais tem trabalhado sobre a temática da morte em Portugal, tendo traduzindo e adaptado dois instrumentos de avaliação relacionados com a vivência da morte. A saber: a *Escala de Ansiedade Perante a Morte - Revista* (Loureiro, 2004) e *Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte* (Loureiro, 2010). Embora as amostras utilizadas nestes estudos tenham incluído enfermeiros e o autor tenha comprovado a fidedignidade e validade das



escalas, encontramos somente um outro estudo em Portugal (Andrade, 2007) no qual foi utilizada a *Escala de Ansiedade Perante a Morte - Revista* numa amostra de enfermeiros. Esta autora concluiu que os objetivos de vida influenciam positivamente as atitudes dos profissionais de saúde face à morte, especialmente quando a exposição a acontecimentos deste tipo é mais frequente (Andrade, 2007).

A nível internacional, mais especificamente em países como o Brasil, os Estados Unidos da América, o Reino Unido e a Irlanda encontramos já diversas investigações sobre o tema da morte nas unidades de medicina intensiva e urgência pediátricos. Numa análise a estes estudos, verificou-se que a temática não está ainda totalmente explorada, na medida em que as conclusões que os autores apontam reforçam consistentemente essa recomendação de mais investigação.

Knapp e Mulligan-Smith (2005) reconheceram que os dados provenientes de investigação relacionada com a morte na urgência pediátrica são escassos. Invocaram similaridades entre as situações dos cuidados paliativos pediátricos e da urgência afirmando que é possível extrapolar os conhecimentos já obtidos para os serviços de urgência. Não obstante, as particularidades nos cuidados à família são salvaguardadas, assim como alguns pormenores clínicos como por exemplo a autópsia. Num contexto geral, é abordada a necessidade de formação específica dos profissionais de saúde na área da comunicação com os familiares.

Rockembach, Casarin e Siqueira (2010) verificaram que a morte, mesmo quando esperada, desencadeava sentimentos negativos como a frustração ou a impotência nos enfermeiros. Costa e Lima (2005, p.152) mencionam também a “*impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia*” dos enfermeiros como resposta à morte da criança/adolescente. Contudo, estes autores, numa perspetiva teórica mais psicodinâmica, referem que as emoções nem sempre são exteriorizadas e que, por vezes, se impõe o tabu da morte acionando processos de defesa como a repressão e a negação. Processos patológicos por natureza, estes mecanismos conduzem a consequências emocionais e psicológicas de carácter negativo, pois todos os sentimentos reprimidos acumulam-se repetidamente, podendo não só afetar o profissional a nível pessoal, mas também os cuidados que este presta aos doentes e familiares (Wolfram, 2008; Kovács, 2010; Simões, 2011). A causa da repressão da vivência do luto advém da falta de formação dos enfermeiros a este nível e consequente falta de preparação, especificamente relacionada com a morte de crianças ou adolescentes (Costa & Lima, 2005; Wolfram, 2008).

A adequação da expressão de sentimentos por parte do enfermeiro, através de comportamentos como o chorar, é uma discussão que gera alguma controvérsia. Se alguns autores consideram que chorar pode representar para os pais uma demonstração de

preocupação e dor com a morte do seu filho, outros defendem que se exige ao enfermeiro uma atitude mais controlada, de forma a evitar que se invertam os papéis esperados e que sejam os pais a consolar os profissionais (Levetown, 2004; Wolfram, 2008).

A literatura refere ainda alguns fatores que podem influenciar a reação de cada enfermeiro perante a morte da criança ou adolescente, concretamente no caso de antecedentes de luto pessoal mal resolvido, pouca ou nenhuma formação para lidar com o processo de morte e luto, sobrecarga de horário de trabalho e prestação de cuidados onde a morte se revele mais frequente (Fontes *et al.*, 1995 cit. por Campos, 2010; Kovács, 2010). Outras variáveis descritas como determinantes no aparecimento de sentimentos e emoções negativas face à morte da criança ou adolescente são as experiências de maternidade ou paternidade, especialmente quando os filhos têm idades semelhantes às crianças que falecem e há o risco de identificação com os pais em luto (Wolfram, 2008).

Embora frequentemente associada a um acontecimento negativo, a morte também pode ser um momento de consciencialização do enfermeiro das suas limitações e assim um momento de redefinição pessoal e profissional, na qual este se questiona sobre o seu papel, a sua perspetiva e entendimento da morte dos outros e a da sua própria morte (Kovács, 2010).

### **3.2. Investigação Empírica no Domínio do Stresse Traumático Secundário em Enfermeiros**

Além da descrição mais global do impacto, considerou-se fundamental para este trabalho a apresentação do estado da arte relativo à investigação realizada no âmbito do Stresse Traumático Secundário. A maior parte das investigações encontradas referem-se ao *stresse traumático secundário* como fenómeno por si só, em vez de considerá-lo uma perturbação. No entanto, dado que os sintomas referidos, as causas e factores de risco ou protetores são os mesmos da PSTS, optou-se por englobar estas investigações na revisão de literatura que será apresentada em seguida.

Apesar do reconhecimento da significativa incidência de PSTS em enfermeiros em contextos pediátricos (Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009), existem poucos estudos, internacionais e nacionais, publicados que se reportem a este tema. Nos estudos existentes é inclusive mencionada a necessidade de mais investigação sobre o tema (Meadors & Lamson, 2008; Meadors *et al.*, 2009).

Numa revisão sistemática sobre o Stresse Traumático Secundário, Beck (2011) avaliou vários estudos publicados em bases de dados científicas desde 1981 até 2011, na qual analisou pormenorizadamente sete estudos, alguns dos quais já referenciados anteriormente neste trabalho. Salienta-se que, dos sete apenas dois foram realizados com enfermeiros pediátricos, sendo que os restantes estudaram enfermeiros da área oncológica, urgência e medicina intensiva gerais. Nas investigações revistas os enfermeiros apresentaram valores de risco de PSTS ou presença real de sintomas. Entre as soluções apontadas para a minimização do problema, os autores mencionam a formação contínua sobre o tema, o fornecimento de ferramentas adequadas aos enfermeiros para lidarem com os sinais e sintomas de PSTS, ou seja estratégias de confronto eficazes, e o esclarecimento e divulgação dos fatores de risco (Gates & Gillespie, 2008 cit. por Beck, 2011).

Relativamente aos fatores que influenciam os níveis de stresse e o risco da PSTS, alguns autores referem fatores organizacionais (denominados de *daily hassles*) que, por serem experiências não catastróficas mas de caráter repetitivo e persistente (por vezes diário), o seu efeito cumulativo potenciava os sintomas de stresse traumático secundário (Meadors *et al.*, 2009; Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009).

Além de alguns estudos que abrangeram os enfermeiros pediátricos, encontraram-se também alguns sobre a enfermagem em geral. Investigadores como Niiyama e colaboradores (2009) e Komachi e colaboradores (2012), em circunstância de cuidados gerais, e Dominguez-Gomez e Rutledge (2009), Von Rueden e colaboradores (2010) e Adriaenssens, de Gutch e Maes (2012), nos cuidados de urgência e emergência, estudaram o tipo de acontecimentos traumáticos e o efeito desses acontecimentos para os enfermeiros, a prevalência dos sintomas de PSTS e as estratégias de confronto adoptadas pelos profissionais. No topo das experiências traumáticas relatadas encontram-se os acontecimentos relacionados com crianças e especificamente a sua morte. Nos enfermeiros prestadores de cuidados de urgência, cerca de 85% manifestaram pelo menos um sintoma de PSTS nos 7 dias antecedentes à investigação e 33% apresentaram critérios para diagnóstico de PSTS. As estratégias de confronto mais descritas pelos enfermeiros que apresentam menos intensidade de sintomas de PSTS, correspondem a estratégias focadas na resolução do problema, mais concretamente na identificação de alternativas, como a *alteração de rotinas* e o *recorrer a passatempos como o exercício físico* (Niiyama *et al.*, 2009, p. 8). Outras conclusões relevantes foram a de que o suporte social funcionava como um fator protetor em relação ao impacto do acontecimento traumático e ao desenvolvimento de sintomas de PSTS, enquanto o pouco tempo de experiência profissional se revelou um fator de risco.

### **3.3. Investigação Empírica Centrada nos Processos de Confronto**

Um dos objetivos deste trabalho é conhecer quais os processos de confronto a que os enfermeiros recorrem face ao acontecimento morte súbita da criança/adolescente. Por isso, após a descrição de estudos mais centrados na compreensão do sofrimento que a morte súbita de crianças ou adolescentes causa nos enfermeiros e concretamente na compreensão do Stresse Traumático Secundário, será importante descrever como a literatura narra os processos de confronto que os enfermeiros utilizam face a estes acontecimentos.

Já foi mencionado que em relação ao acontecimento abordado existe ainda pouca investigação. Logo, apenas se descreverão alguns dos estudos encontrados e que permitem conhecer as estratégias de confronto utilizadas pelos enfermeiros tanto nos contextos laborais analisados como em situações de morte.

Schreuder e colaboradores (2012) verificaram que os enfermeiros que recorriam mais frequentemente a estratégias de confronto focadas na emoção, ou seja, estratégias menos ativas, eram afetados por níveis superiores de depressão e alterações a nível de saúde física. Por outro lado, os enfermeiros que utilizam técnicas de confronto focadas na resolução de problemas apresentam-se mais saudáveis física e psicologicamente e possuem traços de personalidade próximos do optimismo (Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010).

Silveira, Stumm e Kirchner (2009) identificaram dois grupos de estratégias utilizadas pelos enfermeiros de um serviço de urgência: estratégias utilizadas em ambiente laboral e fora dele. Em ambiente de trabalho as mais referidas correspondem à procura de suporte social. Já fora da instituição, os enfermeiros recorriam frequentemente a passatempos e a atividades de autocuidado e de relaxamento (Silveira, Stumm & Kirchner, 2009).

Também em contexto de urgência, mas numa situação cultural muito particular num país do Médio-Oriente, onde ocorrem frequentemente conflitos, Gholamzadeh, Sharif e Rad (2011) identificaram outras estratégias usadas pelos enfermeiros: o autocontrolo e reavaliação positiva. Os autores justificam o facto de o autocontrolo ser a estratégia mais relatada, por ser um traço cultural frequente no mundo oriental e identificado também em outros estudos realizados no Japão, China e Tailândia. A conclusão foi a de que a maioria dos enfermeiros participantes deste estudo recorria ao confronto focado na emoção, o que poderá indicar que os eventos stressores a que estes enfermeiros estão sujeitos são encarados por eles como incontroláveis (Gholamzadeh, Sharif & Rad, 2011).

A revisão de literatura permite compreender que os tipos de confronto adotados relacionam-se não só com a personalidade, mas também com os estados psicológicos e condição física dos indivíduos, assim como com outros atributos como o género, a espiritualidade e crenças religiosas, a atividade desportiva regular e o suporte social (Graziani & Swendsen, 2007; Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010; Schreuder *et al.*, 2012). Todavia, o suporte social pode assumir dois papéis no que respeita ao confronto: pode ser encarado como moderador do impacto do acontecimento stressor ou atuar de forma direta, constituindo ele próprio uma estratégia de confronto. Enquanto moderador pode atenuar os efeitos do stresse, não tendo qualquer influência no evento (Graziani & Swendsen, 2007).

Na relação género *versus* suporte social, as mulheres recorrem mais ao suporte social como estratégia de confronto, enquanto os homens apresentam um comportamento inverso, caracterizado por retraimento e evitamento social (Schmidt *et al.*, 1982 cit. por Graziani & Swendsen, 2007). As mulheres também parecem recorrer a mais estratégias de confronto baseadas na emoção do que a estratégias de resolução do problema, sendo por isso, as mais afetadas pelo stresse (Graziani & Swendsen, 2007; Barreto da Costa *et al.*, 2011).

Cook e colaboradores (2012) descreveram os fatores contextuais que se revelam determinantes na escolha das estratégias de confronto adotadas pelos enfermeiros, tais como os recursos institucionais, o suporte de pares, a experiência profissional, o modelo de trabalho, a idade da criança cuidada, o tempo de prestação direta de cuidados à criança, o envolvimento familiar e a religião. A experiência profissional destaca-se como o fator que mais potencia estratégias como o distanciamento, sendo o estabelecimento de limites e a invocação de memórias mais frequentemente adotadas pelos enfermeiros mais jovens (Cook *et al.*, 2012).



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**





## **4. MÉTODO**

Neste capítulo pretende-se descrever as opções metodológicas deste trabalho de investigação. Serão assim especificadas as questões de investigação, os objetivos e os instrumentos de recolha de dados. Em seguida proceder-se-á à caracterização da amostra e descrição dos procedimentos usados para a recolha e análise dos dados.

### **4.1. Desenho**

Este estudo é de cariz descritivo e exploratório, pois pretendeu-se estudar a temática do “impacto da morte súbita da criança ou adolescente no enfermeiro” e identificar possíveis fatores determinantes, nomeadamente as estratégias de confronto utilizadas pelos enfermeiros para lidar com essas situações, temáticas ainda pouco investigadas em Portugal e noutros países.

A metodologia de investigação utilizada foi mista combinando, por isso, os paradigmas qualitativo e quantitativo simultaneamente para responder às questões de investigação elaboradas previamente (Driessnack , Sousa & Mendes, 2007). O paradigma referencial teórico primário neste trabalho é o quantitativo. Logo, a amostra participante da vertente qualitativa foi retirada da amostra associada à metodologia quantitativa. Um outro pressuposto dos estudos mistos é que o paradigma secundário possibilite ao investigador aceder a conteúdos que não teria hipótese de apurar no paradigma primário, neste caso o quantitativo. Ao utilizar a entrevista semiestruturada foi possível aceder de forma mais detalhada e profunda a alguns dados sobre o problema de investigação, o que permitiu ainda uma melhor compreensão do fenómeno em estudo através da triangulação com os dados recolhidos através da administração do questionário.

## **4.2. Questões de Investigação**

Após a delimitação teórica, apresentada na primeira parte deste trabalho, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual o impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros do serviço de urgência pediátrico/unidade de medicina intensiva pediátrica?
- Quais os fatores estão associados à variabilidade interindividual no impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros?
- Que processos de confronto utilizam os enfermeiros do serviço de urgência pediátrico/unidade de medicina intensiva pediátrica face ao evento morte súbita na criança/adolescente?

## **4.3. Objetivos da Investigação**

Depois de formuladas as questões de investigação segue-se a elaboração dos objetivos. Este estudo teve como objetivos:

- a) Conhecer o impacto da morte súbita na criança/adolescente nos enfermeiros dos serviços de urgência e serviço de medicina intensiva pediátricos;
- b) Estudar os fatores de variabilidade interindividual no impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros;
- c) Conhecer os processos de confronto utilizados pelos enfermeiros dos serviços de urgência e unidade de medicina intensiva pediátricos face à morte súbita da criança/adolescente;

Foi ainda objetivo deste estudo:

- d) Analisar as propriedades psicométricas da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011) numa amostra de enfermeiros portugueses prestadores de cuidados nos serviços de urgência e medicina intensiva pediátrica.

#### 4.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Neste estudo foram utilizados três instrumentos para recolha de dados: um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, a Escala do Impacto do Evento - Revista e uma entrevista semiestruturada.

##### *4.4.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional*

Aos participantes foi pedido o preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional (Anexo I) onde foram avaliadas as variáveis de natureza sociodemográfica e relacionadas com a atividade profissional, previamente descritas nos capítulos anteriores como possíveis fatores associados ao Stresse Traumático Secundário, mais concretamente: o género, a quantidade e frequência de acontecimentos a que o profissional esteve exposto, a caracterização do seu suporte social, a situação profissional – como o horário semanal ou o trabalho noturno - e a prática de culto religioso. Na análise dos dados, estas e outras variáveis foram categorizadas como **sociodemográficas**, relativas às **condições laborais** e relacionadas com o **acontecimento morte súbita na criança/adolescente**.

##### *4.4.2. Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011)*

Foi ainda aplicada a Escala do Impacto do Acontecimento - Revista (Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011) que é uma escala de autorrelato (Anexo II), na qual se pretende medir o impacto que um acontecimento específico teve na vida do indivíduo e, consequentemente, o sofrimento que esse evento representou para ele.

Após uma pequena introdução e explicação inicial, é pedido ao participante que classifique o impacto, segundo uma escala de *Likert*, de 0 a 5 (correspondentes a “nada”, “um pouco”, moderadamente”, “bastante” e “muitíssimo”). Dos vinte e dois itens da

escala, oito correspondem à subescala intrusão: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20; oito à subescala evitamento: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22; e seis à hiperativação: 4, 10, 15, 18, 19, 21.

No texto inicial da versão da EIA-R utilizada neste estudo não foi especificado um período de tempo após o evento, apesar da sugestão original dos autores. Uma vez que o acontecimento em estudo, embora frequente, não ocorre diariamente, arriscávamos a que, na maioria dos casos, o preenchimento dos questionários por parte dos enfermeiros da amostra não se enquadrasse no prazo de sete dias após o evento traumático, como sugerido por Weiss e Marmar (1997). Assim, tal como outros autores, adaptaram-se as condições da escala à investigação em curso (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).

As propriedades psicométricas da versão original da EIA-R foram primeiramente apresentadas e testadas por Weiss e Marmar (1997) em duas amostras constituídas por profissionais de emergência e socorristas expostos a um evento traumático natural (Creamer, Bell & Failla, 2003; Gargurevich, Luyten, Fils & Corveleyn, 2009). Os valores da consistência interna encontrados foram considerados satisfatórios em todas as subescalas: 0.87 – 0.92 para a intrusão (valor teste-reteste 0.94), 0.84 – 0.84 para o evitamento (valor teste-reteste 0.89) e 0.79 – 0.90 para a hiperativação (valor teste-reteste 0.92) (Gargurevich *et al.*, 2009).

Outros investigadores obtiveram resultados semelhantes de valores de fidelidade através do cálculo do alfa de *Cronbach*, variáveis entre 0.85 e 0.94 para a intrusão, 0.82 e 0.87 para o evitamento e 0.81 e 0.62 para a hiperativação (Brunet *et al.*, 2003; Creamer, Bell & Salvina, 2003; Wu e Chan, 2003; Beck *et al.*, 2008; Eid *et al.*, 2009; Vassar *et al.*, 2011; Heeb, Gutjahr, Gulfi & Dransart, 2011; Komachi *et al.*, 2012). Em relação ao *score* total o alfa de *Cronbach* apresenta também variações entre 0.91 e 0.96 (Brunet *et al.*, 2003; Creamer, Bell & Salvina, 2003; Beck *et al.*, 2008; Vassar *et al.*, 2011; Heeb *et al.*, 2011). Estes valores são considerados aceitáveis e comprovantes de boa consistência interna, excepto o valor de 0.62 encontrado por Eid e colaboradores (2009) para a subescala hiperativação. Os autores atribuem esse valor ao facto da amostra utilizada nesse estudo ter uma exposição traumática menos clara ou fiável (Eid *et al.*, 2009). Em Portugal, Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011) indicaram valores de alfa de *Cronbach* total de 0.96.

A correlação entre as várias subescalas foi confirmada por Weiss e Marmar (1997) que apresentaram valores de 0.74 para as subescalas intrusão/ evitamento, 0.87 para intrusão/hiperativação e 0.74 para evitamento/hiperativação.

Creamer, Bell e Failla (2003) também realizaram as mesmas análises num estudo comparativo com duas amostras: uma da comunidade e outra composta por indivíduos em tratamento para sintomatologia de PSTS. Encontrou valores de intrusão/ evitamento 0.81-

0.53, intrusão/hiperativação 0.87-0.82 e evitamento/hiperativação 0.84-0.52, respetivamente consoante a amostra.

Beck e colaboradores (2008) por sua vez encontraram valores de intrusão/evitamento 0.74, intrusão/hiperativação 0.86 e evitamento/hiperativação 0.71. Numa tradução e adaptação à população francesa, Brunet e colaboradores (2003) referem a correlação das subescalas intrusão/evitamento 0.62, intrusão/hiperativação 0.69, hiperativação/evitamento 0.56 e em relação ao *score* total correlações de 0.90 para a intrusão, 0.88 para o evitamento e 0.83 para a hiperativação.

Relativamente à análise da dimensionalidade do instrumento, a sugestão original de Weiss e Marmar (1997) foi da existência de três fatores, tendo alguns autores mantido essas três dimensões sugeridas (Wu & Chan, 2003; Beck *et al.*, 2008; Eid *et al.*, 2009; Heeb *et al.*, 2011). No entanto, outros como Creamer, Belle e Failla (2011) têm diferentes perspetivas, sendo uma unidimensional e outra bidimensional, composta pelo modelo intrusão-hiperativação/evitamento.

Uma justificação encontrada nas investigações sobre estes diferentes resultados da análise factorial do instrumento é a de que estes dependem das características das diferentes populações estudadas, nomeadamente se são populações clinicamente afetadas com sintomatologia de PSTS ou PSPT ou populações saudáveis. A severidade do evento traumático é outro factor influente nas conclusões da análise factorial (Eid *et al.*, 2009).

Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011) realizaram várias análises sobre a dimensionalidade da escala e concluíram que a adoção de uma única dimensão seria o mais adequado. Justificam esta conclusão com os valores encontrados nas propostas de modelos de duas e três dimensões e que levariam à retirada de muitos itens. Por outro lado, argumentam esta decisão em adoptar uma única dimensão através da teoria basal da EIA-R que faz referência a um indicador geral do sofrimento associado ao stresse traumático (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).

Neste estudo, como tem carácter exploratório, optou-se por fazer a análise dos resultados calculando quer os valores obtidos com um *score* total e único, tal como sugerem Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011), quer os valores para as diferentes subescalas. Considerou-se que, na ausência de mais dados sobre a adequação da escala a esta população, os valores das subescalas não deveriam ser ignorados e, seguindo o exemplo de outros investigadores, calcularam-se também os seus *scores*.

A análise das propriedades psicométricas do instrumento aplicado a enfermeiros será apresentada posteriormente no capítulo dos resultados.

#### *4.4.3. Entrevista Semiestruturada*

A entrevista semiestruturada foi o método qualitativo selecionado para a recolha de dados, decisão que pareceu a mais adequada, tendo em conta a intenção de aprofundar o tema em estudo. Foi elaborado um guião de entrevista com questões desenvolvidas a partir dos constructos identificados como relevantes para a compreensão do fenómeno no processo de revisão bibliográfica e tendo ainda em conta os objetivos do estudo.

O guião foi submetido a um pré-teste, tendo sido para tal realizadas entrevistas exploratórias a três enfermeiros que já exerceram funções em serviços de pediatria, com características sociodemográficas semelhantes às da amostra que se pretendia estudar. Após estas três entrevistas foram realizadas as alterações consideradas necessárias para atingir os objetivos propostos. Algumas perguntas foram modificadas de forma a ficarem menos diretivas e a facilitar uma abordagem mais vivencial e subjetiva da temática. A ordem das questões inicialmente elaborada foi também alterada para uma melhor compreensão dos objetivos da entrevista e das temáticas relevantes.

O guião final apresentava onze questões (Anexo III) que abordavam em primeiro lugar o acontecimento “morte súbita”, a descrição das experiências do entrevistado e a descrição do impacto do acontecimento na sua vida pessoal e laboral. Foram ainda incluídas questões referentes às dificuldades que os enfermeiros enfrentam face ao evento referido e as estratégias a que normalmente recorrem para lidar com ele. As questões finais abordavam a EIA-R e algumas sugestões sobre a aquisição de competências para lidar com as situações de morte súbita na criança e adolescente. Foi pedida a opinião dos enfermeiros em relação à adequação, à pertinência e à sua identificação com os itens escala utilizada, assim como.

### **4.5. Procedimento de Recolha de Dados**

Após a elaboração do projeto de investigação inicial, este foi entregue para deliberação do Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo sido diferido. Após a seleção dos instrumentos de recolha de dados, foi requerida a autorização à autora da tradução portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista, que a concedeu via correio electrónico (Anexo IV). Uma vez obtida esta

autorização, foi necessário ainda requerer os pareceres das respetivas comissões de ética dos hospitais selecionados e a anuência dos conselhos de administração (Anexo V) e, para tal, foi entregue o projeto de investigação e o formulário correspondente a cada hospital.

Terminada a fase preparatória, a recolha de dados foi realizada entre os dias 17 e 23 de fevereiro de 2013, no Funchal, e de 4 a 11 de março de 2013, no Porto. As entrevistas foram realizadas nos mesmos períodos, nos hospitais, numa sala disponibilizada para o efeito pelos respetivos enfermeiros chefe e gravadas com recurso a gravador áudio.

#### *4.5.1. Aspetos Éticos*

Foram tidos em conta aspetos éticos como a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos através dos instrumentos de recolha de dados quantitativos. No entanto, no caso da entrevista semiestruturada, em virtude da interação pessoal com o entrevistador, não podemos considerar que houvesse anonimato durante o processo de recolha de dados, tendo no entanto sido dada a garantia de anonimato no tratamento da informação disponibilizada pelos participantes.

Os questionários foram entregues em envelope fechado aos participantes, acompanhados do formulário de consentimento informado e uma carta de apresentação na qual constava uma breve explicação sobre a investigação, a informação sobre a ausência de risco, liberdade de desistência e um agradecimento pela participação. Após o preenchimento dos questionários, o envelope era selado e colocado num *dossier* em local próprio indicado pela enfermeira chefe.

Para a recolha de dados através da entrevista e dado que os participantes já haviam recebido estes documentos e preenchido o questionário previamente à entrevista, ao entrevistador coube relembrar os princípios enumerados na carta de apresentação e pedir o preenchimento do consentimento informado para a entrevista.

### **4.6. Participantes**

A população alvo deste estudo foram os enfermeiros prestadores de cuidados pediátricos nos hospitais da cidade do Porto e do Funchal, sendo a população acessível os

enfermeiros prestadores de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria de dois desses hospitais. A amostra foi constituída pelos enfermeiros que exercem essas funções nos serviços de urgência e serviço de medicina intensiva pediátrica de dois hospitais distritais, um localizado no Funchal e outro no Porto e que concordaram participar no estudo.

O método de amostragem deste estudo foi do tipo não probabilístico, de conveniência. Inicialmente calculou-se o tamanho da amostra em cerca de 110 enfermeiros, tendo em conta que um dos objetivos do estudo era testar as propriedades psicométricas do instrumento e adaptar a escala a esta população (enfermeiros portugueses). No entanto, dada a taxa de resposta obtida, não foi possível obter este número de 5 a 10 participantes por item da escala, que iria permitir fazer a análise da estrutura fatorial do instrumento (Field, 2009; Hair *et al.*, 2006 cit. por Figueiredo Filho & Silva Júnior, 2010). Por esta razão, foi apenas avaliada a fidelidade e a validade da escala, através do cálculo do alfa de *Cronbach* e da correlação dos itens e subescalas.

Foram assim recolhidos sessenta e oito questionários. Após a sua análise, verificou-se que seis apresentavam inconformidades, restando sessenta e dois questionários que foram considerados válidos.

Quanto à amostra que participou na entrevista semiestruturada, esta foi de menor dimensão, selecionada com a ajuda dos chefes dos diferentes serviços. Esta escolha baseou-se nos objetivos do estudo, ou seja, pretendeu-se obter testemunhos por parte de enfermeiros que tivessem alguma experiência profissional com vivência de situações de morte súbita em crianças e adolescentes. Foram selecionados inicialmente seis enfermeiros, distribuídos pelos quatro serviços. Durante a recolha de dados foi-se também realizando a análise de conteúdo às entrevistas e, dado que se constatou uma certa repetição de temáticas, considerou-se que se havia atingido a saturação de dados, tendo sido considerado por isso suficiente à realização das seis entrevistas. Os enfermeiros que responderam à entrevista também preencheram o questionário Escala do Impacto do Acontecimento - Revista (EIA-R), sendo, por isso, também participantes do estudo quantitativo.

#### *4.6.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

A amostra é constituída por sessenta e dois participantes. Dado que a amostra do estudo qualitativo emergiu da amostra participante do estudo quantitativo. Na **Tabela 1**



pode-se observar as características sociodemográficas da amostra participante do estudo quantitativo.

**Tabela 1-Caraterização sociodemográfica da amostra do estudo quantitativo**

<b>Variáveis</b>		<b>N (%)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	10 (16.1%)	
	Feminino	52 (83.9%)	
<b>Idade</b>	26-30 anos	14(22.6%)	
	31-40 anos	34(54.8%)	35.68
	41-50anos	12(19.4%)	(6.84)
	>51anos	2(3.2%)	
<b>Estado civil</b>	Não casados	17 (27.4%)	
	Casados	45 (72.6%)	
<b>Filhos</b>	Sem filhos	29 (46.8%)	
	1 filho	15 (24.2%)	
	2 filhos	17 (27.4%)	
	3 filhos	1 (1.6%)	
<b>Religião</b>	Praticante	34 (54.8%)	
	Ñ praticante	25 (40.3%)	
<b>Hab. Literárias</b>	Licenciatura	51 (82.3%)	
	Mestrado	9 (14.5%)	
	Ñ resp.	2 (3.2%)	
<b>Pós licenciatura</b>	Reab.	2(3.2%)	
	S.I.P.	41 (66.1%)	
<b>Serviços</b>	SUP	26 (41.9%)	
	UCIP	36 (58.1%)	

Verifica-se que a maioria dos participantes no estudo quantitativo é do sexo feminino, com idades entre os 31 e os 40 anos. Maioritariamente são casados e com filhos, sendo 2 filhos a situação mais comum. Na globalidade, os participantes são enfermeiros licenciados, com pós licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e exercem as suas funções nos serviços de medicina intensiva.

Em seguida apresenta-se a **Tabela 2** onde se pode verificar as características sociodemográficas da amostra do estudo qualitativo.

**Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo qualitativo**

		Qualitativo	
Variáveis		N (%)	Média (DP)
Sexo	Feminino	5 (83,3%)	
	Masculino	1 (16,7%)	
Idade			42.8 (8.1)
Estado civil	Não casados	1 (16.7%)	
	Casados	5 (83.3%)	
Filhos	S/ filhos	1 (16.7%)	
	C/ filhos	5 (83.3%)	

A amostra do estudo qualitativo é composta por seis enfermeiros. Tal como a amostra do estudo quantitativo, verifica-se que se trata de uma amostra maioritariamente feminina, casada e com filhos. Pode-se referir que a idade mínima dos participantes foi de 32 anos e a máxima de 53 anos.

Na **Tabela 3** pode-se observar a distribuição da amostra em relação às variáveis relacionadas com as condições de trabalho e a experiência profissional dos enfermeiros.

**Tabela 3 - Variáveis relacionadas com a sobrecarga de trabalho e experiência profissional**

Variáveis		N (%)	Média (DP)
H. semanal	35 h/sem.	52(83.9%)	
	40h/sem.	10 (16.1%)	
H. noturno	Sim	56 (90.3%)	
	Não	5 (8.1%)	
	Ñ resp.	1 (1.6%)	
Part time	Sim	19 (30.6%)	
	Não	42 (67.7%)	
	Ñ resp.	1 (1.6%)	
Tempo exp profissional	2-30 anos		13.06 (6.85)
Experiencia serviço atual	1-30 anos		8.75 (6.96)

A maioria dos participantes realiza horários rotativos, incluindo turnos noturnos e o horário semanal de trinta e cinco horas.

## **4.7. Procedimento de Análise dos Dados**

Descrever-se-á em seguida os métodos utilizados para a análise dos dados, tendo em conta os diferentes métodos utilizados.

### *4.7.1. Procedimento de análise dos dados quantitativos*

Os dados resultantes da aplicação da Escala do Impacto do Acontecimento - Revista foram analisados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, IBM), versão 20. De acordo com os objetivos traçados foram aplicadas técnicas de estatística descritiva e inferencial, nomeadamente medidas de tendência central e dispersão e testes de diferenças de médias.

Os requisitos para o uso de estatística paramétrica foram previamente testados e, como não estavam assegurados, foi utilizada a estatística não paramétrica, ou seja, para a análise das diferenças de médias foram aplicados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

### *4.7.2. Procedimento de análise dos dados qualitativos*

Os dados recolhidos durante as entrevistas foram analisados através de um método misto (dedutivo e indutivo) de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de procedimentos de análise da comunicação que, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, visa conferir maior objetividade, eliminando significações ocultas, a um conceito ou temática que tem uma pesquisa em texto dispersa e variada (Bardin, 1977).

Como método científico e rigoroso de tratamento e análise de dados apresenta etapas que devem ser cumpridas. A fase da pré-análise, de leitura inicial do texto e também chamada de leitura “flutuante” permite ao investigador formular uma avaliação inicial do material disponível (Bardin, 1977).

A fase seguinte corresponde à *codificação* do material. Trata-se do processo de transformação dos dados em unidades agregadas, de forma a descrever exatamente as características que queremos realçar do *corpus*. Cada entrevista foi designada pela letra E e pelas letras F ou P consoante a localização onde foi realizada. A todas foi atribuído um número de 1 a 6 (p.e. E1P).

A *categorização* representa um papel importante nesta fase, pois é das categorias elaboradas, *à priori* ou após a leitura dos documentos, que o investigador procede à agregação dos dados previamente definidos em unidades de registo (Bardin, 1977). As categorias foram desenvolvidas tendo presentes as regras definidas por Bardin (1977): a homogeneidade, a exclusão mútua, a pertinência, a objectividade, a fidelidade e a produtividade.

Como já referido a categorização foi realizada seguindo um método misto dedutivo e indutivo. Assim, algumas categorias foram estabelecidas de forma dedutiva, partindo da Teoria de Resposta ao Stresse de Horowitz (1976) e da EIA-R (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011), segundo a qual o impacto pode ser traduzido pelas dimensões intrusão, o evitamento e a hiperativação. Também as estratégias de confronto descritas na Teoria da Crise de Moos e Schaefer (1984) foram estabelecidas como categorias *à priori*, exceto o “*evitamento ou negação*”, componente das estratégias cognitivas, uma vez que o evitamento já está descrito como categoria correspondente ao Síndrome de Resposta ao Stresse de Horowitz (1976).

Posteriormente, após a leitura repetida dos textos resultantes da transcrição das entrevistas e de uma forma indutiva, emergiu a categoria “Fatores de variabilidade interpessoal no impacto” e as subcategorias “Da criança/adolescente; Da Família da criança/adolescente; Do Profissional; Comunicação das más notícias; Formação e Apoio Institucional”.

O **Quadro 1** ilustra as categorias, subcategorias e sub-subcategorias que foram desenvolvidas e utilizadas na análise dos textos.

**Quadro 1- Categorias, subcategorias e sub-subcategorias em análise**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Sub-Subcategorias</b>
Impacto emocional	Intrusão Evitamento Hiperativação	
Estratégias de confronto	Estratégias Cognitivas	Análise lógica e mentalização Redefinição cognitiva
	Estratégias Focadas no Problema	Procura de informação e suporte Tentar resolver o problema Identificação de alternativas compensadoras
	Estratégias Focadas na Emoção	Controlo emocional Descarga emocional Aceitação e resignação
Fatores associados à variabilidade interindividual no impacto	Relativos à criança/adolescente	Idade
		Tipo/Causa de morte
	Relativos à família da criança/adolescente	Grau de proximidade com o enfermeiro
		Reação da família à morte
	Referentes ao profissional	Dificuldade no confronto com a morte
		Experiências profissionais anteriores
		Maternidade/paternidade
		Processos de identificação com a família
		Serviço onde trabalha
		Comunicação
	Formação	
	Apoio Institucional	

Após a descrição da metodologia utilizada neste trabalho que permite a compreensão dos processos de decisão neste trabalho, apresenta-se em seguida a análise e discussão dos dados resultantes do estudo quantitativo.



## **5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE NATUREZA QUANTITATIVA**

Neste capítulo serão descritos, analisados e discutidos os dados recolhidos pela aplicação do questionário sociodemográfico e de caracterização profissional, assim como da Escala de Impacto do Acontecimento – Revista.

Primeiramente será apresentada a análise psicométrica da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista. Seguidamente descrever-se-á a análise descritiva nomeadamente no que diz respeito à caracterização dos participantes relativamente à experiência de morte súbita da criança/adolescente. Finalmente apresentar-se-á a análise inferencial onde serão exploradas associações entre variáveis em estudo.

### **5.1. Análise Psicométrica da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011)**

No presente estudo, foram estudadas as propriedades psicométricas da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista, na versão traduzida e adaptado à população portuguesa por Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011). Contudo, não foi possível analisar a estrutura fatorial dado o tamanho da amostra ser inferior a 100 e não permitir 5 participantes por cada item da escala utilizada (Hair *et al.*, 2006 cit. por Figueiredo Filho & Silva Júnior, 2010).

Quanto à fidelidade, esta foi avaliada através do cálculo do valor de alfa de *Cronbach* (**Tabela 4**) tendo sido obtidos valores considerados muito satisfatórios para a escala no total e as respetivas subescalas e que indicam uma ótima consistência interna (Fortin, Côté & Filion, 2006; Martins, 2011). Estes valores são semelhantes aos encontrados pelos autores originais e posteriormente por outros investigadores (Brunet *et al.*, 2003; Creamer,

Bell, & Salvina, 2003; Beck *et al.*, 2008; Vassar *et al.*, 2011; Heeb *et al.*, 2011; Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).

Calculou-se também a validade dos itens através dos valores médios e de desvio padrão dos itens, assim como o valor de alfa de *Cronbach* se o item for excluído. Verificou-se que os valores médios variam de 0.37 e 1.85, sendo os valores de desvios padrão muito próximos do valor médio de cada item, indicativo de homogeneidade das respostas dos participantes. A observação do valor do alfa se o item for excluído permite observar que a retirada do item 7 (*Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real*) aumentaria o valor do alfa total. Contudo, como esta escala não havia sido previamente aplicada a este tipo população e dadas as limitações da amostra, optou-se por manter o item.



**Tabela 4 - Valores médios, de desvio padrão, de coeficiente de alfa de Cronbach (se excluído o item), de coeficiente de alfa de Cronbach das subescalas, de correlação entre subescalas da EIA- R, item-subescalas e item-total (N=62)**

Item	M	DP	$\alpha$ Cronbach	$\alpha$ Cronbach subescala	r item- Intrusão	r item- Evitamento	r item- Hiperativação	r Total Impacto
EIA-R_1	1.85	.90	.94		<b>.72</b>	.57	.49	.64
EIA-R_2	1.24	.99	.94		<b>.72</b>	.59	.63	.69
EIA-R_3	1.39	1.09	.94		<b>.82</b>	.68	.72	.79
EIA-R_6	1.65	.94	.94	Intrusão	<b>.78</b>	.64	.60	.72
EIA-R_9	1.82	1.05	.94	.88	<b>.86</b>	.72	.67	.81
EIA-R_14	.69	1.00	.94		.69	.66	<b>.72</b>	.73
EIA-R_16	1.40	1.26	.94		<b>.81</b>	.69	.65	.76
EIA-R_20	.76	1.02	.94		<b>.55</b>	.46	<b>.55</b>	.55
EIA-R_5	1.74	.88	.94		<b>.54</b>	<b>.50</b>	.42	.52
EIA-R_7	.85	1.01	<b>.95</b>		.10	<b>.34</b>	.22	<b>.23</b>
EIA-R_8	.95	1.03	.94	Evitamen-	.53	<b>.73</b>	.54	.63
EIA-R_11	1.65	1.12	.94	to	.75	<b>.78</b>	.65	.77
EIA-R_12	1.27	1.20	.94	.81	.72	<b>.77</b>	.65	.76
EIA-R_13	.84	.94	.94		.56	<b>.66</b>	.56	.63
EIA-R_17	1.31	1.10	.94		.65	<b>.76</b>	.70	.74
EIA-R_22	1.10	1.11	.94		.51	<b>.63</b>	.52	.58
EIA-R_4	1.19	1.01	.94		.56	.58	<b>.72</b>	.64
EIA-R_10	.90	1.05	.94	Hiperativa-	.78	.75	<b>.89</b>	.85
EIA-R_15	1.06	1.02	.94	ção	.72	.70	<b>.85</b>	.79
EIA-R_18	.89	.89	.94	.87	.68	.72	<b>.82</b>	.77
EIA-R_19	.37	.75	.94		.60	.51	<b>.68</b>	.63
EIA-R_21	1.13	1.02	.94		.63	.58	<b>.69</b>	.67
Intrusão					---	---	---	---
Evitamento					.84	---	---	---
Hiperativação					.85	.82	---	---
Total Impacto					.96	.94	.93	---

Relativamente aos valores de correlação dos itens com as subescalas verificou-se que, na generalidade, os itens apresentam valores de correlação elevados (> 0.60) com as subescalas correspondentes. Contudo, o item 5 (*Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso*) e o item 20 (*Sonhei com isso*) apresentam valores mais elevados de correlação com subescalas às quais não correspondem na versão original. O item 5 corresponde à subescala evitamento, no entanto, correlacionou-se mais fortemente com a subescala intrusão. Por outro lado, o item 20 apresentou valores de correlação iguais para as subescalas intrusão e hiperativação, sendo que a sugestão dos autores originais corresponde à subescala intrusão. Resultados semelhantes foram

encontrados por Brunet e colaboradores (2003) e Heeb (2011). Os autores justificam especificamente os valores do item 5 com a interpretação que os indivíduos podem fazer da frase correspondente. Ou seja, a primeira parte da expressão “*Tentei não ficar perturbado*” pode ser interpretada como evitamento, enquanto a segunda parte “quando pensava nisso ou era lembrado disso” pode induzir à intrusão.

Verificou-se que o item 7 (*Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real*) apresenta baixa correlação com o impacto (como valor total) ao contrário dos restantes itens. Este item parece necessitar de uma reformulação ou até ser retirado da escala, tal como também concluíram Brunet e colaboradores (2003).

Calculou-se também a correlação entre as subescalas da EIA-R, cujos valores podemos observar na **Tabela 4**. As subescalas apresentam forte correlação entre si, assim como em relação ao impacto total, com valores variáveis entre 0.93 e 0.96. Estes valores são superiores aos encontrados por Brunet e colaboradores (2003) na tradução e adaptação do instrumento à população francesa. Verificou-se também que são valores superiores aos obtidos por Wu e Chan (2003) e Beck e colaboradores (2008), excepto na correlação entre a intrusão e a hiperativação cujos valores são semelhantes – 0.83 e 0.86 respetivamente. Comparativamente ao estudo apresentado por Creamer, Bell e Failla (2003), os nossos valores aproximam-se mais da amostra da comunidade do que da amostra em tratamento da sintomatologia de PSTS, o que poderá significar que a presença de casos clínicos de perturbação na amostra em estudo não é significativa.

## **5.2. Caraterização Dos Enfermeiros Participantes em Relação à sua Exposição ao Acontecimento Morte Súbita Da Criança /Adolescente**

Na **Tabela 5** estão descritos pormenorizadamente os resultados relativos à quantidade de acontecimentos de morte súbita na criança/adolescente a que os participantes foram expostos e o período de tempo ocorrido desde a última experiência deste tipo. De salientar que, embora os participantes tenham referido exposição a uma quantidade significativa de eventos (superior a cinco), cerca de um terço já vivenciou a última experiência há mais de um ano.

**Tabela 5 - Caracterização da amostra em relação ao acontecimento morte súbita da criança ou adolescente**

		N (%)
<b>Qtd. eventos</b>	1	7 (11.3%)
	1 a 5	21 (33.9%)
	5 a 10	11 (17.7%)
	> 10	23 (37.1%)
<b>Qt. tempo</b>	Último mês	1(1.6%)
	1 a 6 M	17(27.4%)
	6 M a 1 A	20(32.3%)
	> 1 Ano	21(33.9%)
	Ñ lembro	3(4.8%)

Um dos objetivos deste trabalho foi descrever o impacto do acontecimento “morte súbita na criança ou adolescente” no enfermeiro, tendo para tal sido utilizada a EIA-R já anteriormente descrita.

Embora neste trabalho se tenha considerado a unidimensionalidade da escala determinada pelos autores da versão portuguesa, como foi justificado anteriormente, tomou-se a decisão de utilizar também os *scores* das subescalas intrusão, evitamento e hiperativação numa tentativa de explorar melhor a temática em estudo.

Como não foram encontrados pontos de corte nos estudos consultados sobre o impacto de acontecimentos traumáticos em enfermeiros nos quais foi utilizada a EIA-R, optou-se por calcular também as médias das subescalas e do impacto como *score* total. Estes valores estão descritos na **Tabela 6**.

**Tabela 6 - Valores médios da EIA-R e das suas subescalas**

	Média (n=62)	Desvio Padrão
Impacto (score total):	1.18	.69
Intrusão	1.35	.77
Evitamento	1.21	.68
Hiperativação	.92	.75

Porém, Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011) descreveram um procedimento de definição de pontos de corte da EIA-R. Optou-se por seguir também esse procedimento e calcularam-se os pontos de corte para determinação dos valores de impacto traduzidos em *impacto baixo, normal e alto* (**Tabela 7**).

**Tabela 7 - Percentagens de impacto baixo, normal e alto nas subescalas e no total da EIA-R**

	Impacto Baixo % (n)	Impacto normal % (n)	Impacto Alto % (n)
Subescala Intrusão	17.7% (11)	67.7% (42)	14.5% (9)
Subescala Evitamento	16.1% (10)	69.4% (43)	14.5% (9)
Subescala Hiperativação	19.4% (12)	61.3% (38)	19.4% (12)
Total Impacto	17.7% (11)	62.9% (39)	19.4% (12)

Nota: Alto: valores > ao ponto de corte (M + 1DP); Baixo: valores < ao ponto de corte (M-1DP)

Inicia-se esta discussão com uma análise das médias do total e das subescalas da EIA-R. As médias verificadas para o valor total são significativamente mais baixas do que as referenciadas por investigadores como Komachi e colaboradores (2012) (M (4.0); t (61)= -32.03; p<.05), Heeb e colaboradores (2011) (M (12.5); t(61)=-128.74, p<.05) e Creamer e colaboradores (2003) (M (2.17); t(61)=-128.74, p<.05), como comprovamos através do teste estatístico de comparação de médias *One Sample T Test*. Através do mesmo teste, verificamos igualmente que as restantes médias correspondentes às subescalas são também significativamente inferiores às encontradas por Heeb e colaboradores (2011) (intrusão: M (7.03); t (61) =-58.12, p<.05; evitamento: M (3.86); t (61)=-30.44, p<.05; hiperativação: M (1.61); t (61)=-7.23, p<.05) e Creamer e colaboradores (2003) (intrusão: M (2.17); t (61)=-8.39, p<.05; evitamento: M (1.90); t (61)=-7.90, p<.05; hiperativação: M (2.55); t (61)=-17.15, p<.05).

Uma das hipóteses que se podem considerar em relação a estes valores médios mais baixos pode ser a não identificação dos enfermeiros com estes sintomas. Por outro lado, poderá também significar que os enfermeiros mantêm os seus mecanismos de evitamento ativos, o que se traduz num distanciamento em relação à temática em estudo, verificado na análise do preenchimento do instrumento de medida, pois os valores da escala de *Likert* mais selecionados foram “nada” e “um pouco”.

Na análise das médias pode-se ainda realçar o facto da subescala intrusão (M=1.35, DP=.77) apresentar o valor mais elevado comparativamente às restantes subescalas, tal como nos estudos de Heeb e colaboradores (2011) (M=7.03, DP=5.43). Podemos então inferir que os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência e medicina intensiva pediátricos desenvolvem essencialmente sintomas de intrusão, ou seja que o impacto emocional da morte súbita da criança e adolescente se traduz na presença de pensamentos e sentimentos negativos acerca do evento e sobre os quais o enfermeiro não tem controlo.

A subescala hiperativação é a que apresenta valores médios mais baixos e os valores obtidos na média e desvio padrão são muito próximos, o que revela pouca dispersão nas

respostas. Dos estudos consultados, nenhum apresentou valores semelhantes. Estes valores podem indicar que os participantes, embora possam ter reconhecido os sintomas descritos nos itens correspondentes à subescala hiperativação, não se identificaram com eles e daí existir uma grande homogeneidade nas respostas.

Verificou-se que a maioria dos participantes apresenta valores de impacto considerados normais em todas as subescalas e no *score* total. No entanto, o acontecimento morte súbita pediátrica parece provocar impacto elevado em alguns enfermeiros, na medida em que cerca de 19.4% dos participantes obtiveram *scores* totais na EIA - R acima de 1.87, ou seja reveladores de um alto impacto. Estes resultados poderão ser indicativos da presença de casos nos quais já se tenham desenvolvido stresse traumático secundário (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).

### **5.3. Associação entre o Impacto Da Morte Súbita Da Criança/Adolescente Nos Participantes e as Variáveis Sociodemográficas, de Condições De Trabalho e de Exposição ao Acontecimento Traumático**

Tendo em conta os objetivos delineados, realizaram-se testes estatísticos não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para verificar se os valores obtidos na escala e subescalas da Escala de Impacto do Acontecimento - Revista (Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011) apresentam diferenças em função de variáveis **sociodemográficas, de condições de trabalho e de exposição ao acontecimento traumático.**

Assim, começou-se por verificar se existiam diferenças significativas no impacto produzido pela morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros em função das variáveis sociodemográficas. Para tal, a variável estado civil foi recodificada de forma a se traduzir em apenas duas categorias: casados (incluindo as opções de casados e em união de facto) e não-casados (solteiros, divorciados e viúvos). Também a variável “número de filhos”, originalmente escalar, foi transformada numa variável nominal com duas opções: “tem filhos” (todos os que referiram um e mais filhos) e “não tem filhos” (aqueles que referiram zero) permitindo o estudo da variável maternidade/paternidade.

Através da realização dos testes de diferenças de médias verificou-se que não existiam diferenças estatísticas significativas no impacto da morte súbita da

criança/adolescente nos enfermeiros, quer no *score* total quer nas subescalas, em relação às seguintes variáveis **sociodemográficas**: idade, estado civil, religião, maternidade/paternidade e habilitações literárias. Foram apenas encontradas diferenças, quer no *score* total quer nas 3 subescalas, em relação à variável **género**, tendo as mulheres demonstrado um impacto significativamente superior face à morte súbita da criança/adolescente comparativamente aos homens expresso quer no *score* total,  $U=119.0$ ,  $p=.001$ , quer nos scores das três subescalas, mais concretamente na de intrusão,  $U=152.5$ ,  $p=.04$ , na do evitamento,  $U=86.0$ ,  $p=.001$ , e na da hiperativação,  $U=153.0$ ,  $p=.04$ . (**Tabela 8**).

**Tabela 8 - Diferenças nos resultados da EIA - R em função das variáveis sociodemográficas**

		Impacto		Intrusão		Evitamento		Hiperativação	
		(n=62) M (DP)	U/X <sup>2</sup>	(n=62) M (DP)	U/ X <sup>2</sup>	(n=62) M (DP)	U /X <sup>2</sup>	(n=62) M DP)	U/ X <sup>2</sup>
Idade	20-30 A	1.22 (.61)		1.32 (.60)		1.27 (.70)		1.04 (.68)	
	31-40 A	1.24 (.73)	.97 a)	1.48 (.85)	2.20 <sub>a)</sub>	1.25 (.65)	.80 <sub>a)</sub>	.91 (.81)	.87 <sub>a)</sub>
	>41 A	1.01 (.70)		1.06 (.67)		1.08 (.79)		.85 (.67)	
Sexo	Masc.	.67 (.50)	119.0*	.89 (.64)	152.5*	.59 (.46)	86.0* <sub>a)</sub>	.48 (.43)	153.0* <sub>a)</sub>
	Fem.	<b>1.28</b> <b>(.68)</b>	a)	<b>1.44</b> <b>(.76)</b>	a)	<b>1.34</b> <b>(.66)</b>		<b>1.01</b> <b>(.77)</b>	
Est. Civil	Casado	1.18 (.75)		1.38 (.81)		1.14 (.67)		.96 (.87)	381.0
	Ñ cas.	1.19 (.68)	365.5 <sub>b)</sub>	1.34 (.76)	371.5 <sub>b)</sub>	1.24 (.70)	352.5 <sub>b)</sub>	.91 (.70)	b)
Filhos	Filhos	1.19 (.74)		1.35 (.81)		1.18 (.71)		.97 (.83)	468.0
	S/ filhos	1.18 (.66)	450.5 <sub>b)</sub>	1.35 (.75)	450.5 <sub>b)</sub>	1.24 (.68)	436.5 <sub>b)</sub>	.89 (.68)	b)
Rel.	Pratic.	1.20(.70)		1.40 (.78)		1.22 (.68)		.92 (.73)	393.5
	Ñ prat.	1.08 (.69)	382.5 b)	1.21 (.76)	358.5 <sub>b)</sub>	1.12 (.62)	395.0 <sub>b)</sub>	.87 (.79)	b)
Hab. Lit.	Licenc.	1.20 (.71)		1.35 (.79)		1.25 (.71)		.93 (.74)	
	Mest.	.95 (.55)	186.5 b)	1.21 (.68)	215.5 <sub>b)</sub>	.92 (.48)	166.0 <sub>b)</sub>	.65 (.61)	176.5 <sub>b)</sub>

\*p <.05; a) Kruskal Wallis; b) Mann Whitney

Dos estudos consultados, apenas o de Dominguez-Gomez e Rutledge (2009) apresenta resultados semelhantes aos encontrados, relativamente às variáveis que teoricamente deverão ser entendidas como de risco de PSTS. Os investigadores verificaram que apenas o sexo apresentava diferenças estatísticas significativas ( $t=5.45$ ,  $p=.023$ ), após a análise estatística das variáveis demográficas sexo, horário semanal, turnos noturnos/diurnos e habilitações literárias. Tal como no presente estudo as mulheres apresentaram valores de PSTS mais elevados ( $M=39.0$ ).

A vulnerabilidade do sexo feminino face ao stresse traumático é referida também por outros autores como Gates e Gillespie (2008), Irish e colaboradores (2011), Healy e Tyrrell (2011), Meda (2012) e Pedras e Pereira (2012). Irish e colaboradores (2011) referem que este facto parece não estar relacionado com a quantidade de eventos, nem com o tipo de evento traumático, mas sim com as diferenças existentes entre géneros em relação à avaliação cognitiva dos acontecimentos e a sua classificação em eventos stressantes e traumáticos. Neste sentido as mulheres avaliam mais frequentemente os acontecimentos como traumáticos que os homens.

Procurou-se verificar também se existiam diferenças significativas no impacto produzido pela morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros avaliado em função das variáveis associadas às condições de trabalho. Para facilitar o processo de análise algumas variáveis foram recodificadas, nomeadamente o “tempo de experiência profissional” e o “tempo de experiência no serviço atual”. Ambas foram recodificadas em classes. A experiência profissional total foi transformada nas classes “2-10 anos”, “11-20 anos” e “21-30 anos”, enquanto o tempo de exercício profissional no serviço atual foi transformado nas classes “1 ano”, “1 -7 anos”, “8-14 anos”, “> 15 anos”.

Após a realização dos testes estatísticos verificou-se que não existiam diferenças estatísticas significativas no impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros relativamente às variáveis associadas às **condições de trabalho** do enfermeiro: horário semanal, o trabalho em horário noturno, trabalho em *part-time*, tempo de experiência profissional, serviço em que os enfermeiros trabalham e há quanto tempo lá exercem a profissão (**Tabela 9**).

Tabela 9 - Diferenças nos resultados da EIA - R em função das variáveis associadas às condições de trabalho

		Impacto		Intrusão		Evitamento		Hiperativação	
		(n=62) Média (DP)	U / $\chi^2$	(n=62) Média (DP)	U/ $\chi^2$	(n=62) Média (DP)	U / $\chi^2$	(n=62) Média (DP)	U/ $\chi^2$
H. semanal	35h/s.	1.19 (.71)	260.0 <sub>a)</sub>	1.34 (.79)	244.0 <sub>a)</sub>	1.25 (.70)	220.5 <sub>a)</sub>	.92 (.78)	234.0 <sub>a)</sub>
	40h/s.	1.15 (.61)		1.40 (.66)		1.05 (.60)		.95 (.60)	
H. noturno	Sim	1.20 (.70)	112.0 <sub>a)</sub>	1.38 (.78)	107.5 <sub>a)</sub>	1.22 (.69)	116.0 <sub>a)</sub>	.94 (.77)	118.5 <sub>a)</sub>
	Não	.96 (.65)		1.05 (.68)		1.08 (.74)		.70 (.58)	
Part time	Sim	1.20 (.73)	387.5 <sub>a)</sub>	1.44 (.89)	376.0 <sub>a)</sub>	1.22 (.71)	377.0 <sub>a)</sub>	.86 (.71)	362.0 <sub>a)</sub>
	Não	1.16 (.68)		1.29 (.72)		1.18 (.66)		.94 (.77)	
Exp. Prof. Total	2-10 A	1.13 (.61)	.47 <sub>b)</sub>	1.26 (.66)	1.71 <sub>b)</sub>	1.17 (.62)	.13 <sub>b)</sub>	.89 (.68)	.01 <sub>b)</sub>
	11-20 A	1.29 (.81)		1.54 (.91)		1.26 (.76)		.99 (.89)	
	21-30 A	1.09 (.64)		1.14 (.63)		1.21 (.74)		.87 (.60)	
Serviço	SUP <sub>1</sub>	1.13 (.60)	.30 <sub>b)</sub>	1.28 (.63)	1.41 <sub>b)</sub>	1.21 (.72)	.10 <sub>b)</sub>	.82 (.56)	.18 <sub>b)</sub>
	SMIP <sub>1</sub>	1.18 (.76)		1.28 (.86)		1.22 (.65)		.98 (.88)	
	SUP <sub>2</sub>	1.20 (.52)		1.47 (.58)		1.16 (.56)		.91 (.54)	
	SMIP <sub>2</sub>	1.25 (.85)		1.46 (.92)		1.25 (.86)		.96 (.88)	
Exp. Prof. Serviço	1 A	1.20 (.58)	1.94 <sub>b)</sub>	1.30 (.60)	1.87 <sub>b)</sub>	1.28 (.68)	1.68 <sub>b)</sub>	.94 (.61)	2.48 <sub>b)</sub>
	1 - 7 A	1.22(.66)		1.45 (.75)		1.21 (.66)		.94 (.69)	
	8- 14 A	1.02 (.78)		1.19 (.86)		1.03 (.70)		.76 (.94)	
	>15 A	1.27 (.76)		1.39 (.85)		1.32 (.74)		1.03 (.76)	

a) Mann Whitney; b) Kruskal Wallis

Como descrito anteriormente, a sobrecarga de trabalho é apontado com um factor de risco para a PSTS no Modelo Teórico do Stresse Traumático Secundário de Dutton e Rubinstein (1995) o que foi comprovado em vários estudos, nomeadamente os de Gates e Gillespie (2008), Meda e colaboradores (2012) e Adriaenssens e colaboradores (2012).



Contudo, os resultados relativos a esta variável e à sua influência nos sintomas de PSTS, como referem Elwood e colaboradores (2011), nem sempre são concordantes. Alguns estudos concluem que esta variável não se correlaciona com os sintomas de PSTS (Dominguez-Gomez e Rutledge, 2009; Von Rueden *et al.*, 2010).

É interessante verificar também que a amostra pertencente ao hospital do Porto apresenta valores mais elevados na maioria das subescalas, com exceção da hiperativação, resultados que podem ser justificados por factores de ordem cultural, nomeadamente associadas aos contextos organizacionais e sociais diferentes nas regiões em estudo.

Finalmente, verificou-se se existiam diferenças significativas no impacto produzido pela morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros em função das variáveis referentes à exposição ao evento traumático.

Verificou-se que não existiam diferenças no impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros relativamente às variáveis referentes à **exposição ao evento traumático**: quantidade de eventos de morte súbita da criança ou adolescente a que o enfermeiro está exposto, tempo entre a data de preenchimento da EIA-R e o evento (Tabela 10).

**Tabela 10 - Diferenças nos resultados da EIA - R em função das variáveis referentes à exposição ao evento traumático**

		Impacto		Intrusão		Evitamento		Hiperativação	
		(n=62)		(n=62)		(n=62)		(n=62)	
		Média	X <sup>2</sup>	Média	X <sup>2</sup>	Média	X <sup>2</sup>	Média	X <sup>2</sup>
		(DP)		(DP)		(DP)		(DP)	
Qt. eventos	1	1.14 (.67)		1.38 (.85)		1.05 (.58)		.93 (.70)	
	1 a 5	1.04 (.61)		1.18 (.68)		1.12 (.62)		.74 (.60)	
			1.31		1.69		.99		2.66
	5 a 10	1.28 (.54)		1.40 (.50)		1.31 (.78)		1.09 (.49)	
	> 10	1.29 (.83)		1.47 (.93)		1.30 (.75)		1.01 (.96)	
Qt. tempo desde evento	1 a 6 M	1.26 (.86)		1.43 (.93)		1.28 (.84)		1.00 (.95)	
	6 M a 1 A	1.27 (.63)		1.46 (.78)		1.25 (.58)		1.03 (.64)	
			2.30		1.55		1.64		3.38
	> 1 A	1.01 (.61)		1.17 (.64)		1.08 (.65)		.71 (.62)	
	Não lembra	1.41 (.67)		1.42 (.51)		1.50 (.76)		1.28 (.82)	

Quanto ao tempo decorrido desde o evento, verificou-se que o valor médio mais baixo surge nos enfermeiros que experienciaram o último evento de morte súbita da criança/adolescente há mais de 1 ano. Estes resultados podem ser expressão de um processo de aceitação dos indivíduos relativamente ao evento, conseguido através do equilíbrio entre a intrusão e as restantes dimensões reações medidas pelas dimensões da escala e conduzindo assim a uma adaptação ao acontecimento (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982; Thayer & Brosschot, 2010).

Já em relação à quantidade de eventos de morte súbita, os valores mais elevados em todas as subescalas correspondem aos enfermeiros que responderam ter experienciado mais de 10 eventos. Os resultados encontrados aproximam-se mais dos resultados obtidos por Gates e Gillespie (2008), Robins, Meltzer e Zelikovsky (2009) e Komachi e colaboradores (2012) que atribuem uma importância significativa à elevada frequência de exposição ao acontecimento morte súbita no desenvolvimento de sintomas relativos à PSTS. Porém, outros autores como Declercq e colaboradores (2011) referem que a quantidade de acontecimentos vivenciados não é um fator de risco face ao desenvolvimento dos sintomas de PSPT, mas sim a intensidade com que o evento afeta o profissional.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS QUALITATIVOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados recolhidos através das entrevistas semiestruturadas feitas aos enfermeiros. Para facilitar a leitura e compreensão da análise realizada, o texto está organizado segundo as categorias e subcategorias desenvolvidas. Em anexo ao trabalho apresentamos a grelha categorial e respetivas unidades de registo encontradas durante a análise de conteúdo (**Anexo VI**).

### 6.1. Impacto Emocional

A vivência de acontecimentos traumáticos pode ser causadora de experiências de sofrimento, duradouras e perturbadoras para os enfermeiros, experiências descritas pelos entrevistados de forma muito expressiva. Como foi defendido anteriormente, o impacto emocional pode ser expresso em sintomas de PSTS.

Foram assim desenvolvidas subcategorias correspondentes aos constructos avaliados pela escala EIA-R: intrusão, evitamento e hiperativação.

#### *6.1.1. Intrusão*

Os enfermeiros relataram várias vivências que consideramos indicadores de intrusão em relação ao evento morte súbita da criança ou adolescente. A intrusão, como já referido anteriormente, corresponde aos pensamentos incontrollados, repetitivos, com associação a imagens, cheiros e outras sensações, que relembram o enfermeiro do acontecimento (APA, 2000).

Algumas verbalizações são muito expressivas da forma como o enfermeiro se debate com o sofrimento provocado pelo acontecimento morte súbita da criança/adolescente e de como o processo de intrusão ocorre no processo de confronto com o acontecimento.

*Marcou...claro que marcou porque eu nunca mais me esqueci...(E3P)*

*(...) penso imenso ... às vezes mais do que até que eu queria, porque às vezes passo tempos e tempos que tinha que pensar às vezes noutras coisas e o pensamento foge-me para ali e eu ando ali, remoo aquilo, remoo... (E4P)*

*(...) isto fica-me cá dentro a consumir não é? E às vezes demoro um bocado de tempo a...remoo bastante até resolver as situações. Portanto, na morte súbita, aqui é lógico que no dia a seguir, às vezes, olho para a cama ainda me lembro do garoto...há garotos que nunca mais me esqueço... Portanto, isto marca, marca... (E5P)*

O vocábulo remoo, indicador de um processo de pensamento intrusivo, incontrolável e repetitivo foi referenciado várias vezes, salientando que a morte súbita da criança/adolescente é causadora de um sofrimento que se prolonga no tempo. Os relatos dos enfermeiros vão assim ao encontro dos resultados dos estudos que apontam o acontecimento morte súbita como algo que causa sofrimento profundo e duradouro e que posteriormente tem também reflexo na vida pessoal (Von Rueden *et al.*, 2010), como está expresso nos próximos exemplos.

*(...) agora eu tento ... é não transpor daqui para a minha vida lá fora, mas é muito difícil, é muito difícil não transpor...(E4P)*

*Agora levar para casa, leva-se...mesmo não querendo... E mesmo às vezes quando penso que não levo, chego a casa e às vezes...em pequenas atitudes eu noto que lá está! (E4P)*

Por vezes, ocorrências do quotidiano podem conduzir o enfermeiro a reviver as emoções experienciadas durante o acontecimento morte súbita, como é descrito por este enfermeiro.

*(pausa) por momentos parecia que ele estava a agarrar outra vez na minha mão... não fiquei a pensar no que podia ter feito não, mas parecia que ele estava a agarrar outra vez a minha mão... (E1F)*

A intrusão é a dimensão mais significativa da PSTS, uma vez que o sujeito, mesmo involuntariamente, revive de forma descontrolada o evento, prolongando dessa forma o sofrimento em torno do mesmo (Laposa, Alden & Fullerton, 2003).

### 6.1.2. Evitamento

Nesta subcategoria foram incluídas verbalizações que descrevem comportamentos do tipo evitante, ou seja, afastamento de pessoas ou locais associados ao acontecimento, apatia e entorpecimento emocional. Através dos relatos, foi possível perceber que por vezes os enfermeiros procuram evitar as situações, locais e até outros enfermeiros que estiveram presentes durante o acontecimento da morte súbita, de forma mais ou menos consciente.

*(...) às vezes um pouco...quando é assim uma situação que posso ...no turno a seguir posso não querer entrar na sala, mas...só mesmo um turno...(E1F)*

*As coisas acabam, os pais saem e a seguir eu vou para o gabinete. (...) Não consigo permanecer muito tempo depois lá dentro na unidade assim naquele...toda a gente fala do mesmo e eu não... (hesitação) Como não gosto de falar... É, eu prefiro fazer esse processo sozinha...(E5P)*

*(...) a seguir quando esfria “e agora?”...Isso para mim...terrível! Eu se puder passo sempre a bola...Custa-me imenso! Passo sempre a bola... (E2F)*

Mas, embora partindo do reconhecimento de que se trata de uma situação muito difícil, geradora de stresse e sofrimento, nos relatos era também expresso que vivencia-la é entendido como uma inevitabilidade para o enfermeiro, pois a morte está presente no quotidiano do seu exercício profissional. Situações associadas ao acontecimento morte súbita, como por exemplo, a comunicação e acompanhamento da família após a morte da criança/ adolescente são também referidos como presentes e incontornáveis.

*Este “evitar estar perto de coisas que me lembrassem disso”...hmmmm só se eu não viesse trabalhar! (risos) (E1F)*

*(...) e isso acontecia comigo e ainda agora não gosto. Mas eu não gostava e quase toda a gente fugia da família nestas situações...quem é que quer estar ali? Ninguém!... vai-se porque é obrigatório, vai-se porque...tem de ser, porque ninguém vai com vontade.(E4P)*

Todavia, alguns optam mesmo por evitar tudo o que possa estar relacionado com a morte. Conversar sobre o sucedido pode ser encarado como reviver a situação e potenciar as emoções negativas resultantes do acontecimento, daí que uma das formas de evitamento referidas pelos enfermeiros seja a de não falar acerca do assunto.

*Incomoda-me. Não consigo verbalizar...nunca verbalizo E5P)*

*(...) eu não falo muito, mas há colegas que falam e algumas ficam com mais pena...não. Não falo. (E5P)*

Segundo Niiyama e colaboradores (2009) falar sobre o acontecimento excessivamente, ou partilhar a experiência vivenciada, pode conduzir ao permanente estado de intrusão e impedir que o enfermeiro redefina o acontecimento. Assim, a não verbalização, pode ser entendida não como evitamento do acontecimento, mas sim como forma de evitar a persistência cognitiva e como uma forma de proteção do equilíbrio emocional.

Nas entrevistas, foi possível verificar que os enfermeiros reconhecem no evitamento uma forma de confrontar a situação e no momento em que durante a entrevista que orienta à discussão para a relevância instrumento de recolha de dados surgiu esta verbalização:

*(...) Aliás em muitas das respostas o “um pouco” e o “nada” veio porque é a minha maneira de tratar este tipo de situações. Portanto acabou e eu avanço. Fico ali um bocado, mas avanço. (...) Se calhar porque treino isto já há muito tempo de me manter saudável a nível mental e não misturo. (E5P)*

Os enfermeiros parecem adotar uma postura de evitamento do tema morte, considerando que esta é uma forma de se manterem mentalmente saudáveis e uma estratégia de gestão emocional. No entanto, e recordando o estudo de Schreuder e colaboradores (2012) já mencionado anteriormente, este verificou que os enfermeiros que recorrem ao evitamento como estratégia de confronto têm uma saúde física e psicológica mais débeis.

Uma outra interpretação sobre a utilização do evitamento como estratégia é proposta por Vassar e colaboradores (2011). Os autores consideram que o evitamento se justifica nestas situações traumáticas, porque é uma forma socialmente aceite e por isso mais tolerável de lidar com a situação. Também nesta situação particular podemos considerar que, seja na cultura organizacional ou na vida social, é mais aceite que se evite verbalizar e exteriorizar sentimentos negativos do que o oposto, dado que não expõe as fragilidades de cada um, nem sobrecarregar obrigando a equipa a lidar com o peso dos problemas de cada um dos seus elementos.

### 6.1.3. Hiperativação

Os enfermeiros relataram sinais e sintomas que se enquadram nos sintomas descritos de hiperativação, tais como as alterações no padrão do sono e do humor, a dificuldade da concentração e os sinais físicos, como por exemplo as cefaleias. Como referido, a hiperativação parece estar relacionada com a reação do indivíduo face aos estímulos relacionados com o acontecimento stressor traumático (Friedman *et al.*, 2011).

Dominguez-Gomez e Rutledge (2009) defendem que um dos sintomas mais descritos pelos enfermeiros do serviço de urgência são as alterações do sono. Verifica-se nos discursos que as referências relativas a problemas de sono são de facto comuns nesta subcategoria.

*Aí eu descompensei de uma maneira mesmo má...não conseguia dormir, pura e simplesmente... (E3P)*

*Que eu me identifiquei mais...a dificuldade em adormecer pronto... (E3P)*

*Às vezes é uma dificuldade em adormecer no sentido de que estou sempre a imaginar, ainda a coisa não...não baixou os níveis da adrenalina...ainda estou assim um bocadinho...acontece. (E4P)*

Para além das alterações do sono, os enfermeiros referem dificuldades a nível da concentração e da execução de tarefas.

*(...) passei uma semana e tal sem dormir, não conseguia vir trabalhar direito, tinha que ter alguém ao meu lado. Para qualquer medicação que ia preparar ia confirmar com a colega... Pronto, fiquei assim um bocado...desorientada. Por não estar a contar! (E3P)*

Também existiram referências relativas às alterações do humor, especificamente a irritabilidade. Friedman e colaboradores (2011) confirmaram que a irritabilidade é frequente nos indivíduos portadores de sintomas de PSTS.

*Eu noto às vezes quando estou mais (...) irrito-me mais facilmente. Noto logo que não sou aquele que gostava de ser e que sou por natureza...aumenta a irritabilidade (...) (E6P)*

*(pausa) “senti-me irritável e zangado” sim isto às vezes, senti-me irritável e zangado...por vezes sim, quando não consigo cumprir aquilo que desejo no fundo sinto-me um bocadinho revoltado, no fundo é... (pausa) (E6P)*

*(...) reajo...sou mais intransigente, fico irritadiça... (E4P)*

Os enfermeiros referem também um aumento do seu nível de vigilância nas atividades do quotidiano e reconhecem que a imprevisibilidade dos serviços onde trabalham contribui também para essa situação. As referências incluídas nesta subcategoria relacionam-se principalmente com a vigilância em relação aos filhos, os seus comportamentos e o receio de que uma situação grave ocorra com eles.

*(...) quando são coisas que não estão programadas, que nos entram, que a gente não sabe de onde é que vêm não é? E...estamos sempre à espera...e olhamos e o primeiro impacto é ver se são os nossos...se é aqui perto. Depois cada um projeta-se para a sua área não é? (...) eu não fico sossegada enquanto não vir que o garoto da sala de emergência não tem nada a ver com os meus. (E5P)*

*O alerta e vigilante é assim... Qualquer coisa que apareça a pessoa sai daqui já a pensar que ele tem de ir de capacete mais vezes andar de bicicleta, ele tem de fazer não sei quê não é? (E5P)*

A exposição aos acontecimentos traumáticos, especificamente nos enfermeiros de emergência, foi estudada por Declercq e colaboradores (2011), que concluíram que a vigilância era influenciada de forma significativa pela frequência dos acontecimentos experienciados. Os autores referem que uma maior exposição aos acontecimentos corresponde também ao aumento do estado de hipervigilância. Neste trabalho verificou-se referência a esta relação no discurso de um enfermeiro que experienciou três morte súbitas de criança durante um fim de semana e que ao recordar a situação continuava a apresentar sintomas físicos.

*(...) foi um fim-de-semana negro...3 mortes seguidas em pequeninos... Eu só de falar contigo já tenho as mãos geladas... (E2F)*

## **6.2. Estratégias de Confronto**

Em seguida descrevemos as estratégias de confronto referidas pelos enfermeiros em relação ao acontecimento morte súbita na criança e adolescente. Como já foi referido anteriormente, e através de um processo dedutivo, foram categorizadas as estratégias de confronto descritas pelos enfermeiros segundo a classificação proposta na Teoria da Crise de Moos e Schafer (1984).



### 6.2.1. Estratégias cognitivas

As estratégias cognitivas representam os esforços do indivíduo para compreender o acontecimento e, através de processos mentais, encontrar respostas (Moos & Schaefer, 1984).

Nos discursos produzidos pelos enfermeiros durante as entrevistas, encontramos várias descrições relativas a processos que se julgam serem exemplo de dois tipos de estratégias cognitivas identificadas por Moos e Schaefer (1984): a análise lógica e mentalização e a redefinição cognitiva.

#### 6.2.1.1. Análise lógica e mentalização

A análise lógica e mentalização traduzem-se em tentativas de confrontar o problema mentalmente, dividindo-o em problemas mais pequenos, para que o indivíduo se foque individualmente em cada um deles e tente a sua resolução, ao invés de enfrentar a situação na globalidade. Por vezes, o indivíduo baseia-se em experiências passadas e mentalmente idealiza as ações alternativas e quais as respectivas consequências (Moos & Schaefer, 1984).

No discurso dos enfermeiros verificamos que estes por vezes procuram entender o acontecimento morte súbita pediátrica de forma racional, procurando identificar as suas várias dimensões ou facetas. Os enfermeiros abordaram o acontecimento de forma analítica, dividindo-o num conjunto de fatores, tais como as circunstâncias da morte, as atitudes na reanimação e o tipo de morte.

*Eu apesar de tudo consigo ver tudo muito friamente e profissionalmente, vejo é uma criança doente e eu tenho de atuar. (E2F)*

*... eu tento não me focar muito... (pausa) Se calhar no que é que levou à morte, no que é que se passou, do que propriamente quando é que foi, quem é que estava... Centro-me mais no ponto de vista clínico vá lá...o que se passou, o que é que se fez, se fizemos bem ou mal, fizemos aquilo ou isto... se correu bem se correu mal... É mais isto, é mais objetivo... (E4P)*

No processo de mentalização, e face aos acontecimentos imprevistos como no caso da morte súbita, os indivíduos procuram um sentido para o acontecimento. Podem

também se refugiar na crença do destino ou de uma vontade divina (Moos & Schaerfer, 1984).

*(...) embora eu sei que se calhar há destino (risos) ou alguma sina que seria escrita. (E4P)*

Algumas referências corresponderam à necessidade e importância do processo de ajuda centrado nos pais, ou seja, através da análise lógica e mentalização o enfermeiro procura confrontar a situação, mas também auxiliar os pais num confronto eficaz.

*(...) apesar de uma morte inesperada no fundo, morte súbita, temos de dar sempre aquela esperança de foi feito tudo o que tinha a ser feito, que foi a última possibilidade... (...) transmitir aos pais que tudo foi feito, que não ficou nada por fazer que deveria ser feito. (E6P)*

*A nossa presença lá dentro (na sala) custa, claro que custa, mas na altura os pais... (...) Eu não consigo estar ao lado e dizer alguma coisa, que eu não digo...mas fico ali para eles sentirem apoio... (E3P)*

Além disso, para o enfermeiro, parece ser mais fácil confrontar a morte súbita da criança/adolescente quando se mentaliza que esse acontecimento foi o melhor para a criança.

*Se calhar...se calhar faço isso inconscientemente... (...) penso assim “se estivesse vivo ia ficar muito pior”... É uma maneira de eu conseguir compensar...”ia ficar um caco” como eu costumo dizer. Então se calhar foi melhor assim, ter falecido...se calhar está errado, mas foi a maneira que eu arranjei para compensar! (E3P)*

#### 6.2.1.2. Redefinição cognitiva

Segundo Moos e Schaefer (1984) a redefinição cognitiva envolve esforços de reestruturação mental do acontecimento, de maneira a identificar aspetos positivos. Pode envolver também um processo de reavaliação das prioridades e valores pessoais, no sentido de facilitar a adaptação à realidade. Segundo Burgess, Irvine & Wallymahmed, (2010) esta é uma estratégia frequentemente utilizada pelos enfermeiros, especialmente quando prestam cuidados nos serviços de medicina intensiva.

A maioria das referências à utilização desta estratégia dizem respeito à valorização do papel do enfermeiro na resposta à morte súbita da criança/adolescente, seja como

facilitador da aceitação do acontecido por parte dos pais ou através da eficácia dos cuidados prestados a outras crianças/adolescentes que sobrevivem.

*(...) nós próprios nos sentimos profissionalmente mais valorizados. Emocionalmente sentimo-nos mais aliviados (...) Quando saem daqui, o filho morreu aqui, mas também terem a noção de que nós fizemos tudo o que podia ser feito (...) Vá lá...no meio da perda, sentir que há algum conforto. (E4P)*

*(...) quando me vou embora, tenho a certeza que morreram, mas que não havia mais nada a fazer e portanto é um processo que terminou e no dia a seguir teremos lá mais dois ou três que irão precisar e que tem de estar lá gente capaz para trabalhar. (E5P)*

*Mas houve muita gente que veio e que não aguenta a pressão e vai... Porque apesar de eles morrerem felizmente conseguimos salvar muitos... A balança cai a favor das recuperações portanto... (E5P)*

Os enfermeiros referem ser importante encontrar aspetos positivos no acontecimento morte súbita e parecem encontrá-los essencialmente na sua atuação como profissionais, ou seja, no âmbito da sua realização profissional. A satisfação com o seu papel como profissional parece funcionar como um fator de proteção para o enfermeiro em relação à exposição aos acontecimentos traumáticos (Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009).

Por vezes, a satisfação profissional que é encontrada na reestruturação cognitiva do acontecimento e na procura de aspetos positivos centra-se novamente na família da criança ou adolescente.

*“E depois também com a realidade, a vivenciar as situações, eu fui aprendendo que não é preciso fazer muito. Ninguém está à espera que a gente faça magia, é só estar lá...deixar chorar, dar um lenço, dar um ombro...” (E1F)*

*(...) também era bom para o enfermeiro, porque se ajudava a ele próprio. Se eu ajudar o outro sei que estou a fazer bem, estou a cumprir, pois para mim também é gratificante (...) Não fiz pela criança, fiz ao menos pela família. Isso também é importante... Eu acho que nós trabalhamos muito em termos de gratificação pessoal...é uma das poucas gratificações que nós temos. (E4P)*

*Eu acho que uma morte é sempre irreparável, mas dentro do irreparável pode-se dar algum conforto nessa situação. (E6P)*

Knapp e Mulligan-Smith (2012) referem que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos pais, num momento em que estes estão emocionalmente afetados, são fundamentais para o confronto com a situação. Os enfermeiros entendem que apoiar a família enlutada é um aspeto positivo, que poderá ser benéfico na evolução do

luto familiar, mas que também é benéfico para eles próprios, pois, apesar de tudo, sentem-se úteis perante um acontecimento tão devastador.

Também em relação à sua vida pessoal, pode ocorrer uma redefinição de prioridades após a vivência do acontecimento.

*(...) passei a ver a vida mais...com não tanto rigor... As coisas não são pretas e brancas e a verdade é que amanhã podemos não estar aqui... Tentei levar a coisa assim para o lado mais positivo do que para o negativo. (E1F)*

*O trabalho fica aqui na porta. No entanto, por muito que nós queiramos separar as coisas, os nossos sentimentos em casa mudam. (...) porque é naquela altura em que a gente pára como mãe para pensar que damos demasiada importância a coisas que não têm importância nenhuma. (...) Mas nessas alturas a gente trava, porque estão a nos chatear, porque eles pintam as paredes e neste momento alguém já não vai ter quem lhes pinte as paredes. Então pára-se aí um bocado. (E5P)*

### 6.2.2. Estratégias focadas no problema

As estratégias focadas no problema descrevem ações que o enfermeiro desencadeia na tentativa de resolver a situação ou alcançar uma situação mais satisfatória (Moos & Schaefer, 1984). Incluem-se neste grupo três tipos de estratégias, mais concretamente a procura de informação e suporte, as estratégias de resolução do problema e a identificação de alternativas compensadoras.

#### 6.2.2.1. Procura de informação e suporte

A procura de informação e suporte engloba comportamentos de procura de informação sobre o acontecimento, de suporte nos seus pares, assim como de apoio emocional (Moos & Schaefer, 1984).

No discurso dos enfermeiros encontram-se várias referências relativas à procura de suporte junto dos colegas.

*Sim, nós normalmente falamos depois de acontecer, de alguma coisa acontecer, pelo menos nos primeiros dias, até porque são situações que às vezes são mais marcantes e acabamos por comunicar de uma forma, de uma maneira informal e... Isso também ajuda-nos também a ganhar...não digo*

*alguma resiliência ou resistência, mas em termos de estratégias pode ser positivo para a equipa em si não é? (E6P)*

*(...) não falar só guarda, só guardar faz uma bola de neve e nunca mais consegue ultrapassar aquilo ao falar a gente também depois acho que consegue interiormente arranjar estratégias para melhorar. (E1F)*

Os enfermeiros encaram a partilha de sentimentos com os colegas como uma forma de confronto individual e uma forma da equipa ultrapassar o acontecimento. Contudo, por vezes, é com os amigos ou com familiares que escolhem partilhar os seus sentimentos em vez dos seus pares no trabalho.

*(...) Porque tenho necessidade de chegar a casa e comentar alguma coisa do que se passou para conseguir libertar-me... É muito chato para os outros, porque às vezes está tudo bem disposto e eu chego a casa e não sei das quantas e não sei quê e a coisa pronto...e o clima vai-se um bocadinho abaixo (risos). (E4P)*

*(...) tenho uma tia que trabalhou muitos anos cá, era auxiliar, e às vezes eu digo “o turno hoje foi muito mau” e já não preciso dizer mais nada... (E1F)*

*Ligo a alguma amiga para ir ao café por exemplo (E1F)*

Por vezes, a relação e o suporte entre enfermeiros ultrapassa a barreira profissional e os enfermeiros partilham experiências fora do contexto profissional, como os funerais das crianças. Participar deste tipo de rituais na companhia dos colegas, representa uma forma de fazer o luto e se adaptar à situação.

*Vou muitas vezes aos funerais dos garotos. (...) Ajuda a fazer o luto e ajuda a por um ponto final na história... (...) achei que em algumas alturas era importante eu ir (...) que era necessário eu ir para pôr um ponto final na história. Na minha e na deles... (E5P)*

*Normalmente, há um ou outro que eu fui sozinha... há duas ou três pessoas, colegas de trabalho, que acabam por ser minhas amigas ... porque temos uma maneira de lidar com a morte muito semelhante...(...) nós vamos e ela também vai, não falamos no porquê, mas ela também precisa de por um ponto final na situação...e avançamos. (E5P)*

Rashotte e colaboradores (1997, cit. por Redinbaugh *et al.*, 2001; Kain, 2012) ao entrevistar enfermeiros prestadores de cuidados em serviços de medicina intensiva encontraram também descrições de participação nos funerais, interpretando essa atitude como uma vontade dos enfermeiros em realizar uma abordagem holística nos cuidados à criança e de vivenciar o seu luto. Contudo, participação dos enfermeiros nos funerais das crianças/adolescentes, não é um assunto consensual. Kain (2012) refere que alguns enfermeiros consideram esta atitude como uma quebra da relação profissional que o

enfermeiro deve estabelecer com a criança/adolescente e a família, enquanto outros, tal como nos discursos retratados acima, descrevem que encontram na participação no funeral uma forma de confronto eficaz.

Estes momentos de partilha entre colegas de trabalho são considerados como uma procura de suporte social, que está descrita na bibliografia como uma estratégia frequentemente utilizada pelos enfermeiros (Pais Ribeiro & Santos, 2001; Buurman *et al.*, 2011). Alguns autores referem que este suporte, especialmente dos colegas do serviço, se concretiza num fator protetor de PSTS (Laposa, Alden & Fullerton, 2003; Adriaenssens, De Gutch & Maes, 2012).

#### 6.2.2.2. Estratégias de resolução do problema

As ações que visam a resolução dos aspetos práticos dos acontecimentos, assim como sugestões relatadas pelos enfermeiros para aquisição de competências para lidar com o acontecimento, foram categorizadas neste estudo como estratégias centradas na resolução do problema (Moos & Schaefer, 1984).

Neste trabalho, os enfermeiros sugerem a formação com uma das formas para adquirir competências facilitadoras da gestão do acontecimento morte súbita. A formação representa também uma forma de aprendizagem centrada em estratégias de apoio às famílias no momento de perda.

*Que precisamos sim de após situações de morte de apoio, reuniões formais ou informais mas precisamos de algum apoio, porque há um vazio...há uma lacuna grande. (E2F)*

*Acho que nós poderíamos dar uma ajuda (...) muito maior se soubéssemos como fazer...porque eu acho que não é falta de vontade, mas é mesmo falta de...de ter noção que não se sabe como é que se ajuda melhor. (E4P)*

*(...) que nos fornecessem estratégias para comunicar à família, para lidar com a situação...acho que sim...(E3P)*

Alguns referem já ter procurado formação na tentativa de se capacitarem para melhor lidar com o acontecimento.

*Eu tive alguma formação, ou melhor abordei um bocadinho esse tema, porque eu fiz um curso americano e nós abordamos um bocadinho as perdas, a família, o luto...e também como nos proteger. (E4P)*

Surgem também no discurso dos enfermeiros outras sugestões, tais como reuniões informais com os colegas do serviço ou as sessões práticas/simulações do acontecimento, com a exploração de técnicas que capacitem os enfermeiros de competências para lidar com a morte súbita da criança/adolescente. No entanto, verificamos também alguma descrença sobre a total eficácia destas estratégias.

*A prática (simulação) eu acho que ajuda-nos na técnica, no fazer as coisas mais atempadas, mas na parte do psicológico acho que não... Já foi tentado no serviço fazer jantares, para as pessoas partilharem as coisas...isso não dá...até porque posso não querer partilhar aquilo que penso e sinto com todos... (E1F)*

*(...)cada um tem de criar as suas próprias estratégias para ultrapassar isto...porque (hesitação) Já sei que há os jantares, o conversar, o reunirem-se, mas...nem toda a gente se adapta a esse tipo de estratégia.Com certeza que algumas colegas do serviço devem falar durante dois ou três dias sobre a situação, aliás, eu até as oiço e eu não consigo, não consigo, porque a mim não me ajuda...(hesitação) não me.. não me ajuda. (E5P)*

*(...) Acho que era importante, em termos de formação, aquela estratégia de grupo, no fundo de cada um comentar a sua experiência...de relatar estratégias que utiliza na prática. Eu acho que o contributo prático das situações também é uma forma formativa de ajuda (...) (E6P)*

Encontramos várias referências na literatura sobre a importância da formação dos enfermeiros nesta área. Embora a formação sobre o stresse seja reconhecida como promotora de capacidades de confronto das situações de ordem pessoal e profissional e de competências para o reconhecimento dos sinais de stresse traumático secundário, autores como Maytum, Heiman e Garwick (2004), Meadors e Lamson (2008) e Wolfram (2008) consideram que esta tem sido insuficiente.

#### **6.2.2.3. Identificação de alternativas compensadoras**

Recorrer a esta estratégia implica que o enfermeiro tente encontrar alternativas que possam substituir ou compensar algumas das perdas decorrentes do acontecimento morte súbita da criança/adolescente (Moos & Schaefer, 1984).

Foram descritos como técnicas utilizadas pelos enfermeiros participantes alguns passatempos, como a agricultura ou jardinagem, a leitura e alterações da rotina (p.e. passear num dia de folga).

*(...) ...e por exemplo ir dar uma volta assim inesperada é uma coisa ótima para mim. O facto de saber por exemplo que amanhã estou de folga e vou aquele lado ou aquele outro, ou vou cozinhar, fazer uma coisa que eu gosto... Eu gosto de pintar (...)* (E6P)

*(...) eu tenho o meu espaço livre, que é onde tenho a minha horta, o meu quintal, que é onde eu fico normalmente e aí sim...penso imenso e normalmente gosto de andar sozinha nessas alturas.* (E4P)

Estas estratégias já foram descritas noutros estudos, nomeadamente as pequenas mudanças nas atividades diárias ou de rotinas, assim como a realização de passatempos que, segundo Niiyama e colaboradores (2009) estão associadas à recuperação dos sintomas de PSTS nos enfermeiros. Também Von Rueden e colaboradores (2010) verificaram que a estratégia de confronto mais utilizada pelos enfermeiros de emergência era a prática de passatempos, sendo que os enfermeiros que os praticavam apresentavam valores significativamente mais baixos de PSTS comparativamente com os enfermeiros que recorriam a outras estratégias (p. e. medicação).

### *6.2.3. Estratégias focadas na emoção*

Moos e Schaefer (1984) referem que as estratégias focadas na emoção são aquelas que descrevem processos de gestão emocional e tentativas de manutenção do equilíbrio emocional. Entre as estratégias descritas pelos autores encontramos o controlo emocional, a descarga emocional e a aceitação e resignação (Moos & Schaefer, 1984).

#### *6.2.3.1. Controlo emocional*

As estratégias que se enquadram no controlo emocional referem-se às tentativas de conter as emoções decorrentes do acontecimento, quer através da supressão de impulsos,



quer através de um trabalho de gestão dos sentimentos emergentes (Moos & Schaefer, 1984).

Barreto da Costa e colaboradores (2011) afirmam que os enfermeiros, especificamente os que prestam cuidados em serviços de medicina intensiva, necessitam de um controlo emocional superior aos outros profissionais e, de facto, nos discursos dos enfermeiros entrevistados, encontraram-se referências relativas ao esforço de controlo das emoções perante o acontecimento morte súbita da criança/ adolescente.

*(...) mas há situações diferentes...algumas mais marcantes que outras e que transtornam mais...mas eu considero que já tenho uma boa carapaça! (risos) mas algumas não...pelo menos consigo não me comover perante o....consigo manter-me calma, serena, sem me demonstrar (pausa)... (E4P)*

*É assim para conseguir trabalhar numa unidade de cuidados intensivos e também para nossa sanidade mental como eu costumo dizer, temos de arranjar estratégias... E uma das estratégias que eu tive de arranjar foi: lá posso dar tudo, mas quando saio daquelas portas tenho que...quando a criança ou o bebé já não está lá tenho que...me distanciar... (E1F)*

Como descrito nos capítulos de enquadramento teórico, os profissionais de enfermagem estão sujeitos a acontecimentos traumáticos que, caso fossem profissionais de outra área, não estariam vivenciariam (Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010; Declercq et al., 2011; Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012).

Os enfermeiros entrevistados neste trabalho identificaram como uma forma de controlo emocional o reconhecimento da inevitabilidade da vivência da morte na profissão de enfermagem e, especificamente, nos serviços onde prestam cuidados.

*(...) o que eu pensei foi: eu tenho que aprender a lidar com isto senão eu estou no sítio errado a trabalhar! (risos) (E1F)*

*(...) e talvez isso também me vale, quando eu quero me alhear, afastar-me das situações que realmente... Se eu estivesse noutra profissão, contabilidade ou outra coisa assim, eu poderia me dar ao luxo de me emocionar mais, de me transtornar mais com estas situações...aqui não posso, não posso...(E4P)*

Outras referências dizem respeito ao controlo emocional perante a família da criança/adolescente. Um enfermeiro, apesar de reconhecer o sofrimento que a morte da criança/adolescente lhe provoca, refere ser importante a distinção entre o seu sofrimento como profissional e o sofrimento dos familiares. Para ele, o controlo das emoções perante a família é um sinal de respeito pela sua dor, que considera incomparavelmente maior que a dele.

*Eu tento não mostrar-me indiferente, mas também tento não me... Posso com alguma facilidade não me comover e estar calma e... estando com eles, não faço parte do grupo deles. Estou com eles, mas não faço parte do grupo deles... (E4P)*

*(...) Eu acho que o enfermeiro chora uma perda diferente, chora ou comove-se, mas é diferente... Porque se fosse uma pessoa das minhas relações ou muito próxima, com certeza que o meu sofrimento seria muito maior! ... Portanto, eu não posso estar aqui com a família a chorar com eles, mas a chorar mostrando o mesmo tipo de perda, quando realmente o meu sentimento aqui é este. Pronto eu sinto. Eu percebo. Eu estou com eles nessa perda, mas não faço parte do grupo deles. Eu sei que a perda deles, para eles, é muito maior e vai permanecer durante mais tempo e tem outras implicações que para mim não tem. (E4P)*

*(...) de certa maneira acho que é o que a gente deve fazer nesta altura, mais do que nas outras...ou esteja calado ou à beira deles para eles conseguirem falar, ou qualquer coisa, ou chorar ou não dizerem nada... acho que é mais isso. (E4P)*

Encontram-se também referências à adequação das manifestações externas de sofrimento como chorar. Um dos entrevistados mencionou que a sua incapacidade de se expressar pelo choro facilitava o confronto e adaptação à situação, pelo distanciamento que permitia durante o apoio aos pais e familiares. Esta capacidade ou disposição para o controlo das emoções verifica-se não só no meio profissional, mas também na vida pessoal.

*Não choro. É engraçado eu...analisando eu era basicamente uma adolescente tipo “pita chorona” e quando comecei aqui a trabalhar tinha 22 anos e noto agora que não choro...muito raramente choro. Se calhar choro mais rápido a contar uma anedota, do que propriamente em situações graves... Não...não consigo. (E5P)*

*(...)...raramente choro, mas já não choro porque deixei de chorar quando vim para aqui trabalhar... (E5P)*

*(...) lá está, como eu não choro, consigo gerir muito bem internamente o processo de estar com os pais até ao fim. Quase todos os pais, quando os filhos são meus doentes, acompanho-os até ao fim...às vezes eles saem e fico com aquele aperto, mas consigo controlar-me muito bem, muito bem. (E5P)*

Wolfram (2008) considera que a expressão dos sentimentos, nomeadamente através do choro, pode ser permitido aos enfermeiros, mas dentro de limites razoáveis, de modo a que não se criem situações constrangedoras e de troca de papéis em que é a família a sentir a necessidade de consolar o enfermeiro.

### 6.2.3.2. Descarga emocional

Outro tipo de estratégias referido por Moos e Schaefer (1984) é a descarga emocional. Contrariamente ao controlo emocional, os enfermeiros que utilizam estratégias relacionadas com a descarga emocional são capazes de ventilar abertamente os seus sentimentos através de comportamentos como o chorar, gritar ou dizer piadas fora de contexto – *acting out* (Moos & Schaefer, 1984).

Contrariamente ao controlo emocional verifica-se que os enfermeiros são capazes de se expressar pelo choro.

*(...) todos (os colegas) me deixaram sozinha e saíram a chorar e depois da mãe sair quem chorou fui eu, mas mandaram-me limpar a cara porque eu tinha de ir levar a criança ao bloco! O que eu senti foi que naquele dia, não me foi permitido a mim chorar... mas eu lembro-me de limpar a cara e pensar “nunca mais choro neste serviço!” (E1F)*

Encontram-se também referências sobre a necessidade de extravasar sentimentos.

*(...) chega a um ponto que tento descarregar de alguma maneira para não interiorizar. (E6P)*

Salienta-se que no discurso produzido pelos enfermeiros, encontramos mais referências do que se julgam ser expressões de controlo, do que de descarga emocional, o que poderá significar que, embora ambas sejam aceites como estratégias de confronto, os enfermeiros apresentam ainda algum receio de exteriorizar as suas emoções. Este receio pode estar relacionado com o clima organizacional como no exemplo supracitado.

### 6.2.3.3. Aceitação e resignação

No conjunto de estratégias focadas na emoção, encontram-se também a aceitação e resignação que se traduzem na aceitação dos acontecimentos como imutáveis, como fruto do destino (Moos & Schaefer, 1984).

De todas as estratégias centradas na emoção, a aceitação e resignação foram as menos mencionadas por parte dos enfermeiros participantes deste trabalho, apesar de

existir, como já foi descrito, a consciência de que o acontecimento morte súbita é algo imutável.

*(...) mas também não tinha outra atenção que lhe dar não é? Ia acontecer na mesma... (E3P)*

*Eu acho que aprendi muito cedo na profissão que a morte é uma situação presente, sempre...(...) E4P)*

Outros enfermeiros manifestaram uma crença numa vontade divina ou na existência de um destino preestabelecido.

*(...) embora eu sei que se calhar há destino (risos) ou alguma sina que seria escrita. (E4P)*

Encontram-se também sentimentos de resignação face ao acontecimento e às circunstâncias que envolvem a morte súbita da criança/ adolescente, como no discurso deste enfermeiro que se refere mais concretamente ao acompanhamento da família da criança/adolescente e ao processo de aceitação da morte.

*(...)temos de estar lá, não podemos fugir ...(E1F)*

*A parte mesmo mais difícil é dizer que acabo (...) Precisamos de saber encarar a realidade e saber quando parar. (E1F)*

Schreuder e colaboradores (2012) referem que a resignação é uma estratégia que parece estar associada a situações de fragilidade psicológica por parte do enfermeiro, na medida em que a considera uma estratégia passiva de confronto.

### **6.3. Fatores Associados à Variabilidade Interindividual no Impacto**

Ao longo da pesquisa bibliográfica realizada encontrou-se a descrição de vários fatores associados à variabilidade interindividual no impacto da morte súbita da criança/adolescente no enfermeiro. Posteriormente, e na análise do discurso produzido pelos enfermeiros entrevistados, foi confirmada a existência da expressão desses factores.

Esta categoria foi ainda subdividida nos fatores relativos à criança/adolescente, à família da criança/adolescente e ao profissional. Incluíram-se também fatores relacionados com o processo de comunicação das más notícias, a formação e o apoio institucional.

### *6.3.1. Fatores Associados à Variabilidade Interindividual no Impacto relativos à Criança/Adolescente*

Os fatores relativos à criança/adolescente descritos pelos enfermeiros como condicionantes no impacto da morte súbita foram a idade e o tipo/causa da morte.

A idade da criança é um dos condicionantes mais referidos pelos enfermeiros. Estes mencionam que, embora a morte súbita do bebé ou criança pequena cause sofrimento, este não é tão devastador quanto a morte do adolescente ou pré-adolescente. Atribuem esse sofrimento maior ao facto do adolescente já ter realizado um percurso de vida, nomeadamente no seio da família e no círculo de amigos. Para os enfermeiros, os laços afetivos do adolescente com os pais estão mais consolidados comparativamente aos de um bebé ou criança pequena.

*(...) o que dizem os colegas da neonatologia é que não conseguiam trabalhar aqui (...) não conseguiam trabalhar no nosso serviço (...) porque custava-lhes muito mais e nós aqui é ao contrário (risos). (E6P)*

*Os bebés muito pequenos reconheço que não me marcam muito, porque não têm história de vida. Quanto mais crescem, mais marcas deixam na família não é? Portanto...marca mais os que são garotos, que tiveram um processo de crescimento que os pais acompanharam e que, de um momento para o outro, vão deixar de ter. (E5P)*

*(...) quando os bebés são mais pequeninos (...) não me afetam tanto, porque não têm percurso de vida e, aliás, acho que os pais não ficam tão afetados como quando são mais crescidos. (...) Nos pais também nota-se que quanto mais eles crescem, mais os pais ficam... (pausa) (E5P)*

*É assim, embora haja o contexto familiar que permanece, portanto não diminui o familiar, aumenta é o pessoal, o da criança em si mesmo, porque já tem consciência da vida, consciência do futuro, consciência da morte. A morte nas crianças mais pequenas, portanto já tem consciência da morte, mas não tem se calhar do futuro, não é? Enquanto um adolescente já faz o seu projeto, já tem interesses delineados (...) conforme a idade vai aumentando, não diminui a parte familiar, porque ainda está muito, muito marcada, ainda está muito no seio, ainda está muito dependente da família, mas aumenta a parte pessoal. (E4P)*

Verifica-se também nos discursos, que a questão da consciência da vida e da morte, que se supõe ser menor ou inexistente nos bebés muito pequenos, funciona como um determinante importante e daí o sofrimento provocado pela morte do adolescente, pois este teria já consciência das implicações pessoais e sociais da sua morte.

Na realidade, a distinção realizada pelos enfermeiros face à idade das crianças e adolescentes pode fundamentar-se na psicologia do desenvolvimento, pois a conceção da morte como algo imutável e definitivo é percebida somente pela criança a partir dos 10 anos. O adolescente encara a morte de forma próxima à de um adulto, como um processo biológico definitivo (Simões, 2011).

Alguns enfermeiros participantes relataram que haviam já trabalhado na prestação de cuidados a adultos e fizeram uma comparação entre a morte dos adultos e pediátrica.

*A morte na pediatria é de alguma forma assim um bocadinho uma morte mais difícil...é diferente, é diferente... Para mim como enfermeira, não sei se é mais ou menos sofrida, mas é vivida de uma maneira diferente. (E4P)*

Apenas um enfermeiro afirmou que, embora para outras pessoas a idade seja um factor importante, para ele o sofrimento é idêntico.

*Claro que há aquela noção de quanto mais velha a criança, mais experiência de vida, mais contacto com os pais, com a família, se calhar...custa, porque a família mais alargada tem um contacto maior etc. se calhar tem um peso superior, mas pessoalmente... (hesitação) é idêntico. (E6P)*

Quanto ao tipo de morte, os enfermeiros, na tentativa de descrever o sofrimento provocado pela vivência da morte súbita, compararam esta situação inesperada à morte por doença e, por isso, expectável. Salientaram a imprevisibilidade do acontecimento *morte súbita* como um dos fatores que provoca mais sofrimento e dá a esta situação um carácter particularmente traumático.

Em relação à causa de morte, encontram-se mais referências aos acidentes do que às outras causas.

*(pausa) os que marcam é quando a gente não estava a contar...não estava mesmo... (E3P)*

*(...) se é uma doença que...se é uma situação de doença, mesmo que seja inesperada eu aceito-a melhor que a de acidente, mesmo que seja uma doença inesperada e que pronto, é uma doença que já estava intrínseca àquele, à parte física e que teria que ter independentemente do contexto, seria aquele que*

*seria o desfecho... Se é um acidente é mais difícil, quer dizer que havia ali coisas que poderiam ter sido evitadas e que não teria acontecido se (...)(E4P)*

*... ..é uma questão de minutos...e isso para mim incomoda-me...(E5P)*

*Quando é uma doença prolongada não me incomoda. Às vezes até vejo essa parte final como um alívio para a família e para os miúdos. Quando é súbito, quando é TCE por exemplo, a mim incomoda-me...TCE...aquela sensação de que se acorda de manhã e está tudo bem, os garotos vão para a escola e a seguir já não voltam. (...) A doença... acho que as pessoas se vão preparando cada vez mais. A morte súbita não... Portanto, não se preparam eles e muitas vezes nós também não, porque também não estamos a contar que as coisas sejam tão rápidas não é? (E5P)*

A morte súbita é um processo injusto e traumatizante e o luto na morte por doença crónica é, em geral, mais facilmente resolvido do que na morte súbita (Lopes, 2010).

### *6.3.2. Fatores associados à variabilidade Interindividual no Impacto relativos à família da criança/adolescente*

Foram também referidos pelos enfermeiros entrevistados alguns condicionantes do impacto da morte súbita pediátrica relacionados com a família, nomeadamente o grau de proximidade com o enfermeiro e a reação da família à morte da criança/adolescente.

O grau de proximidade do enfermeiro com a família foi abordado por dois dos entrevistados e dizem respeito a situações diferentes. Numa das situações, a criança que faleceu era filha de um outro enfermeiro, com quem o entrevistado tinha uma relação social próxima.

*(...) quando a encontro é difícil... Eu dantes nunca a encontrava, agora... Pouco tempo depois cheguei a um jantar de aniversário ela estava lá e ficou à minha frente com a outra filha e isso foi difícil...(hesitação)...foi das mais difíceis (voz baixa)... (E1F)*

Outro caso descrito, de uma relação menos próxima, relata uma situação em que existe conhecimento da família da criança através do seu meio social, existindo a possibilidade de reencontrá-los em outras ocasiões.

*Há situações mais marcantes principalmente quando uma pessoa conhece as pessoas lá fora... (...) porque uma pessoa acaba por ficar com um contacto, acaba por conhecer através de outras pessoas... (...) Quando uma pessoa não conhece os pais ou não conhecia... mas, quando há situações de*

*conhecimento anterior ou que no futuro venha a encontra-los, acaba por marcar mais, porque quando uma pessoa olha para eles lembra-se sempre da situação negativa que aconteceu...(E6P)*

Os enfermeiros referem-se aos encontros com as famílias nos momentos posteriores à morte da criança/adolescente como situações de sofrimento, porque relembram o acontecimento. O confronto com as famílias é considerado como um dos acontecimentos mais stressantes e traumáticos no conjunto de eventos referidos pelos enfermeiros (Kilcoyne & Dowling, 2007).

Quando as crianças/adolescentes são portadores de doenças crónicas e estão internadas por longos períodos criam-se laços entre as famílias, as crianças/adolescentes e os enfermeiros. No caso da morte súbita, que ocorre maioritariamente no serviço de urgência, na maior parte das vezes os enfermeiros não conhecem os pais ou a família da criança/adolescente, sendo necessário criar rapidamente uma relação no meio da turbulência emocional e devastação do acontecimento (Knapp & Mulligan-Smith, 2005; Cook *et al.*, 2012). Nos serviços de medicina intensiva, por outro lado, o tempo de permanência da criança/adolescente pode implicar desenvolvimento de alguma familiaridade com a família (Kain, 2012).

Em relação à reação da família à morte da criança/adolescente, está implícito nos discursos que o impacto do acontecimento nos enfermeiros é influenciado pela aceitação e atitude dos pais.

*(...) já chegou cadáver, a despedida do pai da menina, de pegar nela ao colo, de abana-la e teve imenso tempo que quase que era difícil separa-la do pai...(E2F)*

*(...) a senhora à porta a me dizer “o meu filho está morto no carro”, essa nunca mais me esquece a imagem dessa senhora...(E3P)*

*(...) depois ajoelhei-me à frente dela e expliquei que ele estava...que o espírito dele já não estava ali e que quando ela visse o céu a brilhar ia ver uma estrela...e ela quando saiu agradeceu-me... Ainda me lembro desse obrigado até hoje...(E1F)*

*(...)mas custa-me os choros e os abraços... (E2F)*

*(...) não é só a emotividade. É que eu acho que uma das coisas piores que há para mim, ainda, é estar com a família...é (hesitação) estar com ela na altura em que ela está dentro da sala...(E4P)*

Outras situações são mais complexas e implicam por parte dos enfermeiros um grande controlo emocional para lidar com a reação dos pais e ajudá-los no momento, como no caso descrito por este enfermeiro.



*Então ela veio para cá e quando cá chegou o miúdo já tinha morrido na sala de emergência e a senhora ficou completamente em pânico. Ela gritava, gritava e a primeira reação foi dizer que tinha de ir para casa, que não fazia aqui nada... A senhora estava completamente desorientada... Naquela altura foi preciso ter algum sangue frio para tentar primeiro perceber com quem é que a senhora estava e como ia para casa, saber se tinha família, se não tinha, se tinha alguém próximo que pudesse vir ter aqui, se não tinha ... Ela queria era se ir embora, nem queria ver o filho. Ela queria era fugir daqui. No fundo ela queria era fugir daqui... (E4P)*

As situações em que os pais perdem o seu único filho foram identificadas pelos enfermeiros como difícil e estes consideram ainda mais importante o suporte familiar alargado nestas circunstâncias.

*(...) sobretudo quando são filhos únicos ... o impacto é maior porque depois não têm mais ninguém em quem descarregar...(...) acho que a família de apoio, a família alargada, também tem uma grande influência em termos de continuidade e de...saber dar a volta (...) (E6P)*

O enfermeiro que presta cuidados pediátricos, deve estar preparado para qualquer reação apresentada pelos pais quando são confrontados com a morte dos filhos, pois estes podem apresentar diversas reações comportamentais, cognitivas e emocionais (Price, McNeilly & Surgenor, 2006).

### *6.3.3. Fatores associados à variabilidade interindividual no Impacto referentes ao profissional*

Os entrevistados fizeram referência a vários fatores relacionados com o profissional de enfermagem no condicionamento do impacto da morte súbita da criança/adolescente. Foram referidos a dificuldade no confronto com a morte em qualquer circunstância, pediátrica ou não, as experiências profissionais prévias, as situações de maternidade/paternidade e os processos de identificação com a família. Também a comunicação com os pais e algumas características do local de trabalho, nomeadamente a imprevisibilidade, podem funcionar como factores influentes no impacto.

Alguns destes fatores foram também identificados nos estudos revistos, tendo sido por isso discutidos no enquadramento conceptual deste trabalho. Outros fatores surgiram apenas no processo de análise de conteúdo das entrevistas.

A morte é descrita pelos enfermeiros como uma ocasião de dificuldade e sofrimento para os enfermeiros.

*Eu lido mal com a morte... (E2F)*

Como se constata na literatura, a morte é referida como uma das situações que mais stresse provoca nos enfermeiros (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Santos & Teixeira, 2009). A experiência profissional parece atuar como um factor protetor em relação ao sofrimento provocado pela morte súbita da criança/adolescente (Kent, Anderson & Owens, 2012). Alguns fazem referência a uma *capa protetora* desenvolvida durante o tempo de exercício profissional e outros reconhecem que as vivências sucessivas de acontecimentos traumáticos conferem-lhes mecanismos de confronto mais eficazes.

*Eu acho que a gente acaba depois por conseguir se defender e ultrapassar essas coisas... É assim, se eu não gostasse de estar aqui era diferente, agora se é um serviço de que eu gosto, já estou cá há 18 anos...há alturas em que isto está muito mau e apetece-me sair pronto... (E3P)*

*Eu acho que nós, os mais velhos, já conseguimos ultrapassar melhor mais esta parte e, pronto, acomodamo-nos um bocadinho e tentamos... esquecemos mais facilmente. Para os mais novos é mais difícil. (E3P)*

*(...) no início tinha muita dificuldade. No início, quando comecei a trabalhar lá (hesitação) tinha muita dificuldade... (E1F)*

*Também nessa fase eu tinha menos experiência... (pausa) também eu tinha menos, menos...estava menos camuflada, vá lá. Tinha menos carapaça para me proteger nessa altura... (E4P)*

*No início, também se calhar perturbava-me mais, as primeiras situações de morte súbita...perturbava-me muito, sentia-me mais preocupado e com dificuldades às vezes em enfrentar a própria família, como é que vou abordar etc.... (E6P)*

O modelo de STS de Dutton e Rubinstein (1995) aponta a experiência profissional como um dos fatores de risco da PSTS, pela quantidade de experiências traumáticas vivenciadas que em princípio aumentam em função do número de anos de exercício. Nos exemplos descritos acima, verificamos que esta é uma crença partilhada entre os enfermeiros. No entanto, num estudo realizado por Von Rueden (2010), verificou-se que eram os enfermeiros menos experientes os que apresentam maiores níveis de PSTS e, por isso, maior sofrimento relativamente às situações traumáticas.

Um outro fator referido na literatura como potenciador do sofrimento dos enfermeiros é a experiência de maternidade/paternidade (Healy & Tyrrell, 2011; Cook et al., 2012). Os enfermeiros entrevistados neste trabalho também fizeram referência a este facto.

*(...) se calhar por isso a minha filha era pequenina, se calhar uma pessoa também fica um bocado...relaciona as coisas. (E3P)*

*(...) e depois é assim: nós temos filhos e começo a pensar "isto podia ter acontecido a um filho meu" não é?... (E3P)*

*(...)... Eu acho que marca por causa dos nossos. (...) e eu lembro perfeitamente de entrar um garoto para uma unidade que era a fotocópia do meu. E eu entrei em pânico (...) a idade do meu mais velho, era exatamente louro ... eu...quando olhei para ele, era a fotocópia do meu, tirando 2 ou 3 sinais que não tinha exatamente no mesmo sítio... (...) E eu tive mesmo de procurar as marcas típicas dele, para ter a certeza de que não era... (E5P)*

Pode também ocorrer que os enfermeiros se identifiquem com os pais das crianças/adolescentes.

*Isso a mim... (hesitação) por muito que a gente queira separar pensamos sempre como é que isto pode nos acontecer de um dia para o outro não é? (E5P)*

*(...) quer dizer...a minha filha também vai para a escola e a gente relaciona sempre com a nossa vida, não é? (E3P)*

*Também nessa altura eu não consigo dizer grande coisa...se calhar por ter filhos e pensar que podia acontecer a mim, não é? (E3P)*

A identificação com os pais não é somente na ocasião do acontecimento, mas também na vivência do luto. Os enfermeiros descrevem que, por vezes, alguns pais regressam ao serviço com notícias de gravidezes ou novos bebés, o que para os profissionais representa uma prova de que foram capazes de ultrapassar o luto.

*Ajuda a saber...a ter a noção de que alguns pais conseguem avançar. (...) ficamos sempre na incógnita se nós conseguiríamos avançar como eles avançam, não é? Só se você passar pelo processo é que pode dizer, não é?... Alguns pais dizem "ah se me acontecer alguma coisa, se eles morrerem eu mato-me a seguir" e as pessoas acham um disparate. E eu ponho-me a pensar que eu se calhar faria o mesmo, não é? Porque depois não sou capaz de dizer que é um disparate, porque se calhar era a primeira coisa que eu iria fazer a seguir, não sei não é? (E5P)*

Papadatou (2000, cit. por Keene, Hutton, Hall & Rushton, 2010) e Meadors e Lamson (2008) referem que no conjunto das reações dos enfermeiros à morte da criança/adolescente surge a identificação com os pais em relação ao sofrimento experienciado. Segundo Meadors e Lamson (2008), a identificação pode ocorrer especialmente nos casos em que a criança/adolescente têm idades e sexo semelhantes aos filhos do profissional ou nos casos em que o contexto do acontecimento recorde algo do passado pessoal do enfermeiro. Estes autores relacionam o stresse traumático secundário com uma identificação exacerbada do profissional com a experiência traumática do doente, neste caso dos pais.

O serviço onde os enfermeiros trabalham parece ter alguma influência no impacto da morte súbita da criança/adolescente (Fontes *et al.*, 1995, cit. por Campos, 2010).

*(...) neste serviço espera-se tudo. A imprevisibilidade pode ser negativa. Pronto, há momentos maus, inesperados (...)* (E6P)

A comunicação deve fazer parte das competências dos enfermeiros de cuidados gerais e, como tal, também dos enfermeiros que prestam cuidados de emergência e medicina intensiva (Levetown, 2004). No entanto a transmissão de más notícias é uma das tarefas mais difíceis e constrangedoras para o enfermeiro (Farrell, Ryan & Langrick, 2001; Price, McNeilly & Surgenor, 2006). Esta dificuldade ocorre porque a aquisição de competências de comunicação é uma das lacunas na formação dos profissionais de saúde (Simões, 2011).

*(...) a minha maior dificuldade é transmitir as más notícias, não é passar pela situação...(E2F)*

*(...) às vezes a comunicação é difícil... (E6P)*

As dúvidas dos enfermeiros também se verificam em relação às palavras a utilizar para comunicar a notícia à família.

*(...) há pessoas que têm muito medo de mencionar a palavra morte e se calhar isso será importante, não sei... Como é que se identifica aquela situação para os pais? Dizemos a sua criança morreu? Olhe, não conseguimos fazer nada? O que é que é melhor para os pais?...Embora tendo um impacto, se calhar depois assumem logo que isso aconteceu e não ficam naquela esperança “tá muito mal mas se calhar ainda não morreu”... Mas como é que se diz? (E4P)*

Como referido acima por um dos participantes no trabalho e por Campos (2010) e Simões (2011), constatamos frequentemente a palavra morte como um tabu. Todavia, os autores referem a necessidade dos enfermeiros em estabelecerem uma linguagem simples, não metafórica e objetiva com os pais, de forma a não criar falsas expectativas (Levetown, 2004).

#### 6.3.4. Formação

Nesta subcategoria, descrevem-se todas as unidades de contexto que reportam diretamente à falta de formação como fonte das dificuldades para lidar com a situação.

Os enfermeiros referiram que era a experiência que lhes conferia competências para lidar com a situação da morte súbita pediátrica, mas que consideram que, idealmente, deveria ser por meio de formação contínua.

*(...) muitas vezes isso acontece, acontecia-me e acontece mesmo ainda, porque eu não sei muito bem o que é que, o que hei-de fazer...porque... Aí está, porque não temos muita formação, nós formamo-nos um pouco da vida de facto não é? É pela vida... (E4P)*

Nem todos partilham da mesma opinião e este enfermeiro refere que a experiência não significa necessariamente competência nesta área.

*(...) nós não estamos propriamente treinadas, não é os anos que nos vão dar a capa que vamos precisar. (E5P)*

Os enfermeiros referem então que, nem a formação prática nem a teórica, se revelam suficientes, tanto no curso base como nos cursos de pós licenciatura.

*Nunca demos grande importância na enfermagem, foi mais na parte curativa, da técnica, da parte científica, em termos de cura... (...) Essas situações acho que estão pouco exploradas ainda na parte da prática de enfermagem, principalmente na prática nota-se um bocadinho isso acho eu... (...)... abordava-se, mas de uma forma muito floreada, muito celestial... As pessoas até tinham, não sei se era medo, mas não valorizavam muito essa parte... (E6P)*

A literatura descreve que os enfermeiros têm necessidade de formação para o confronto com a morte dos seus doentes (Santos e Teixeira, 2009; Kent, Anderson &

Owens, 2012). Também na área pediátrica essa formação é reclamada (Knapp & Mulligan-Smith, 2005; Morgan, 2009; Campos, 2010).

### 6.3.5. Apoio institucional

A subcategoria apoio institucional engloba referências ao apoio da parte da instituição em relação ao acontecimento estudado, que foi considerado insuficiente pelos enfermeiros entrevistados.

Os enfermeiros sentem-se pouco apoiados pela sua instituição em relação ao confronto com a morte súbita das crianças/adolescentes. O apoio psicológico é sugerido por um enfermeiro, que considera que deveria ser concedido pela instituição.

*(...) o mal é que não temos apoio nenhum a seguir... Tu é que tens de saber lidar com a situação... É verdade! Não temos apoio psicológico, não temos nada. Tu depois é que geres a situação à tua maneira...apoio zero! ( ...) até há sítios em que há reuniões com os profissionais todos, o que correu bem o que não correu, o luto, a morte etc...aqui nada! (E2F)*

Kain (2012) refere que, embora os enfermeiros possam beneficiar do apoio dos seus pares, o suporte organizacional representa uma resposta importante para lidar com o acontecimento morte súbita na criança/adolescente e deve ser realizado. O suporte emocional promovido pela organização pode, no entanto, favorecer a estigmatização e não ser bem aceite pelos enfermeiros, pois podem entender o recurso ao apoio emocional como uma incapacidade profissional em lidar com acontecimentos traumáticos (Kain, 2012).

## CONCLUSÃO

A morte súbita da criança/adolescente é um dos acontecimentos mais stressantes e traumáticos vivenciados na prática de enfermagem, em particular nos serviços de urgência e medicina intensiva pediátricos, onde este tipo de eventos ocorre com mais frequência.

Com este trabalho pretendeu-se conhecer o impacto da morte súbita da criança/adolescente no enfermeiro, identificar os fatores de variabilidade interindividual no impacto e compreender quais os processos de confronto utilizados pelos enfermeiros.

Para tal, desenvolveu-se um estudo do tipo misto, quantitativo e qualitativo, em que se procurou também adaptar um instrumento de avaliação do sofrimento em torno de um acontecimento traumático, a Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (Weiss & Marmar, 1997; Traduzida por: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011), aos enfermeiros portugueses, analisando as suas propriedades psicométricas na amostra em estudo.

Como estudo misto, cada uma das partes, quantitativa e qualitativa, desenvolveu-se em torno de objetivos mais específicos. A descrição quantitativa do impacto do acontecimento morte súbita pediátrica e o estudo psicométrico do instrumento utilizado para recolha de dados quantitativos, foram explorados na parte quantitativa do trabalho. Na parte qualitativa procurou-se explorar de forma mais aprofundada e compreensiva o impacto do acontecimento morte súbita, mas também conhecer os processos de confronto utilizados pelos enfermeiros para lidar com este tipo de acontecimento.

A Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (Weiss & Marmar, 1997; Traduzida por: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011) permite uma avaliação do sofrimento, traduzido em três dimensões que descrevem o impacto do acontecimento: intrusão, evitamento e hiperativação. Em relação às propriedades psicométricas da escala, verificou-se que esta apresenta valores de fidelidade e validade elevados, demonstrando que se trata de um instrumento adequado para a avaliação do impacto emocional da morte súbita de crianças/adolescentes em enfermeiros. Os valores observados neste estudo são semelhantes aos encontrados pelos autores da versão original do instrumento (Weiss &

Marmar,1997), próximos dos encontrados pelos autores da tradução e adaptação à população portuguesa (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011) e ainda dos resultados de estudos feitos com outras populações de outros países (Eid *et al.*, 2009; Heeb *et al.*, 2011). No entanto, verificou-se que alguns itens da escala apresentavam um comportamento distinto do esperado, pelo que se considera que, apesar da escala nos parecer adequada na mensuração do impacto do acontecimento e dos itens na sua maioria terem demonstrado boa consistência e correlação elevada, torna-se necessário um estudo mais exaustivo das suas propriedades psicométricas nesta população (enfermeiros portugueses), nomeadamente através do estudo da sua estrutura fatorial.

Em relação ao estudo quantitativo do impacto emocional da morte súbita nos enfermeiros, verificou-se que uma percentagem significativa de participantes apresentou níveis de impacto elevado, embora a maioria tenha obtido *scores* que descrevem um impacto considerado normal. Ou seja, estes resultados indicam que cerca de 20% dos enfermeiros da amostra apresentam sintomas da Perturbação de Stresse Traumático Secundário, sendo a intrusão a dimensão do impacto que apresentou valores médios mais elevados.

No estudo dos fatores de variabilidade interindividual, verificou-se que o género foi o único que se associou de forma significativa ao impacto da morte súbita da criança/adolescente nos enfermeiros, tendo o sexo feminino revelado ser mais susceptível ao sofrimento. Esta vulnerabilidade foi também constatada por outros investigadores (Gates & Gillespie, 2008; Irish *et al.*, 2011; Healy & Tyrrell, 2011; Meda, 2012) e, como foi discutido anteriormente, parece estar relacionada com os mecanismos de avaliação do acontecimento stressor, o que reforça a importância do desenvolvimento de ações destinadas à promoção do confronto com este tipo de situações.

É interessante referir que, embora na análise dos dados quantitativos se tenha concluído que a maioria dos enfermeiros apresentavam valores de impacto dentro da normalidade, não parecendo por isso sofrer de traumatização secundária, na parte qualitativa do estudo, em que se fez uma análise de conteúdo das entrevistas realizadas, verificou-se que o acontecimento em estudo provocava um sofrimento muito significativo nos enfermeiros.

Foi ainda possível constatar que muitos dos fatores que a literatura aponta como estando associados ao impacto, eram, na perspetiva dos entrevistados, condicionantes da magnitude e natureza do sofrimento em torno da experiência. Assim sendo, foram mencionados fatores associados ao impacto relacionados com a criança/adolescente (a idade, o tipo e a causa de morte); com a família (o grau de proximidade com o enfermeiro e a reação da família à morte) e com o profissional (a dificuldade no confronto com a morte



em qualquer circunstância, as experiências profissionais prévias, a maternidade/paternidade, os processos de identificação com a família, a comunicação com os pais e o local de trabalho). Foram ainda referidos a formação e o apoio institucional, que referem ser insuficientes.

Através da componente qualitativa foi ainda possível conhecer quais os processos de confronto utilizados pelos enfermeiros face à morte súbita da criança/adolescente tendo-se verificado que os enfermeiros dispunham de um reportório bastante rico de estratégias de confronto, em que se destacaram o controlo emocional e a redefinição cognitiva.

Considera-se que os estudos quantitativo e qualitativo se complementaram, na medida em que, os dados recolhidos através das entrevistas, permitiram conhecer de forma mais detalhada os fatores associados à variabilidade interindividual no impacto nos enfermeiros e compreender as estratégias de confronto a que estes recorrem face ao acontecimento em questão, aspetos que não teria sido possível conhecer apenas com a administração da Escala do Impacto do Acontecimento-Revista.

Este estudo vem reforçar a constatação de que o impacto emocional do acontecimento morte súbita é uma realidade, que afeta negativamente os enfermeiros portugueses a trabalhar nos serviços de urgência e medicina intensiva pediátricos. Neste sentido, seria útil desenvolver atividades formais e informais para uma melhor adaptação ao acontecimento e a prevenção dos efeitos que dele advêm, como a Perturbação De Stresse Traumático Secundário.

Entendemos por medidas aquelas que poderão ser desenvolvidas de forma mais autónoma pela equipa de enfermagem. Incluem-se aqui encontros ou reuniões, onde seja permitida a expressão de sentimentos, ou atividades de foro social e desenvolvidas fora do ambiente hospitalar, eventualmente com um carácter mais próximo de atividades de tempos livres.

As reuniões pós-acontecimento, desenvolvidas no próprio serviço (apeladas de *debriefings*), enquadram-se nas atividades formais e nelas devem participar todos os profissionais envolvidos no acontecimento. Nestas poderão ser discutidos pormenores técnicos, mas também deverá ser permitida a expressão de sentimentos (Keene *et al.*, 2010; Magyar & Theophilos, 2010; Kain, 2012).

Segundo Knapp e Mulligan-Smith (2005) e Simões (2011), os enfermeiros reconhecem eles próprios, ter pouca formação na área da gestão do stresse em torno de acontecimentos traumáticos, nomeadamente a morte súbita, sendo por isso necessária mais formação de ordem teórica e prática. Também os enfermeiros entrevistados no âmbito deste trabalho referiram estas lacunas na sua formação. A inclusão de conteúdos

relacionados com esta temática nos currículos dos cursos de enfermagem permitiria o desenvolvimento de competências nesta área e possibilitaria que, desde a sua formação inicial, os enfermeiros se capacitassem para lidar com este e outros acontecimentos traumáticos.

Ao nível da formação contínua, seria igualmente benéfico que a nível hospitalar fossem promovidos momentos de formação teórica, onde os profissionais de enfermagem fossem sensibilizados para as formas de prevenção, os sinais e os sintomas de PSTS, como sugerem Czaja e colaboradores (2012).

Na componente mais prática, as simulações clínicas são de reconhecida utilidade. Propõem-se simulações de situações de morte súbita, tal como sugerem Leighton e Dubas (2009), Youngblood, Zinkan, Tofil e White (2012), com o objetivo de aprender a gerir as emoções, confortar e apoiar os pais e familiares próximos, assim como de comunicar más notícias.

Apesar do seu contributo para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, este estudo apresenta limitações. Por um lado, foi difícil estabelecer um enquadramento conceptual no domínio específico da enfermagem, o que tornou também mais limitada a discussão dos resultados obtidos. Por outro lado, há ainda a considerar o tamanho reduzido da amostra, que para além de não permitir a generalização dos resultados, não permitiu um estudo mais desenvolvido das propriedades psicométrica da EIA-R.

Como conclusão final, pode-se afirmar que os enfermeiros em pediatria, concretamente nos serviços de urgência e medicina intensiva, são afetados emocionalmente pelo acontecimento morte súbita da criança/adolescente, mas que a maioria já possui recursos de confronto que lhes permite lidar de forma mais ou menos eficaz com o impacto do acontecimento. Concluiu-se também que a morte súbita pediátrica e o impacto emocional que esta provoca nos enfermeiros, expresso inclusive através de PSTS, são domínios que necessitam de mais investigação, especialmente em Portugal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRIAENSSENS, Jef; GUCHT, Veronique; MAES, Stan - The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 49. n.º 11 (2012). p. 1411-1422.
- ANDRADE, Teresa - ATITUDES PERANTE A MORTE E SENTIDO DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2007.
- ANDREWS, Leanne [et al.] - Multidimensionality of intrusion and avoidance: alternative factor models of the Impact of Event Scale. *Personality and Individual Differences*. Vol. 36. n.º 2 (2004). p. 431-446.
- ARGENTERO, Piergiorgio; SETTI, Ilaria - Engagement and Vicarious Traumatization in rescue workers. *International Archives Of Occupational And Environmental Health*. Vol. 84. n.º 1 (2011). p. 67-75.
- APA - American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV-TR 2000.
- ASUKAI, Nozomu; TSURUTA, Nobuko; SAITO, Azusa - Pilot Study on Traumatic Grief Treatment Program for Japanese Women Bereaved by Violent Death. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 24 n.º 4 (2011). p. 470-473.
- BARDIN, Laurence - Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BARRETO DA COSTA, Jaquiline [et al.] - Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario. (Spanish). *Stress and coping resources of the caretaker in the hospital environment. (English).* Vol. 34. n.º 2 (2011). p. 129-138.
- BECK, Cheryl T. - Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 25. n.º 1 (2011). p. 1-10.
- BECK, J. Gayle [et al.] - The impact of event scale-revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal Of Anxiety Disorders*. Vol. 22. n.º 2 (2008). p. 187-198.
- BORGES, Elizabete - O sofrimento dos enfermeiros em Pediatria. *Nascer e Crescer* Vol. XIV. n.º 2 (2005). p. 123-125. Consult. em 12-04-2012.
- BRUNET, Alain [et al.] - Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 48. n.º 1 (2003). p. 56.

- BURGESS, Lorraine; IRVINE, Fiona; WALLYMAHMED, Akhtar - Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*. Vol. 15. n.º 3 (2010). p. 129-140.
- BUURMAN, Bianca M. [et al.] - Coping With Serious Events at Work: A Study of Traumatic Stress Among Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. Vol. 17. n.º 5 (2011). p. 321-329.
- CAMPOS, Cátia - Relação Supervisiva no Processo de Morte em Pediatria: Ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010.
- CARROL, R.; WOOD, J. - Sudden unexpected infant death. Vol. 13. n.º 3 (2012). p. 239-248.
- COETZEE, Siedine K.; KLOPPER, Hester C. - Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & Health Sciences*. Vol. 12. n.º 2 (2010). p. 235-243.
- COOK, Katherine A. [et al.] - Coping while caring for the dying child: nurses' experiences in an acute care setting. *Journal Of Pediatric Nursing*. Vol. 27. n.º 4 (2012). p. e11-e21.
- CORRADO, Domenico [et al.] - Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. Vol. 26. n.º 5 (2005). p. 516-524.
- COSTA, Juliana; LIMA, Regina - Luto da equipe: Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev Latino-am Enfermagem*. Vol. 13. n.º 2 (2005). p. 151-157.
- CRAWFORD, Doreen - Sudden unexpected deaths in infancy part I: the phenomena of sudden and unexplained infant death. *Journal of Neonatal Nursing*. Vol. 16. n.º 3 (2010). p. 104-110.
- CREAMER, Mark; BELL, Richard; FAILLA, Salvina - Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 41 n.º 12 (2003). p. 1489-1496.
- CRUMPEI, Irina; DAFINOUI, Ion - The relation of clinical empathy to secondary traumatic stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Vol. 33. (2012a). p. 438-442.
- CRUMPEI, Irina; DAFINOUI, Ion - Secondary traumatic stress in medical students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Vol. 46. (2012b). p. 1465-1469.
- CUSTÓDIO, Susana - Stress, Suporte social, Optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010.
- CZAJA, Angela S.; MOSS, Marc; MEALER, Meredith - Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *Journal Of Pediatric Nursing*. Vol. 27. n.º 4 (2012). p. 357-365.
- DECLERCQ, Frédéric [et al.] - Frequency of and subjective response to critical incidents in the prediction of PTSD in emergency personnel. *Journal Of Traumatic Stress*. Vol. 24. n.º 1 (2011). p. 133-136.

- DEVILLY, G. J.; WRIGHT, R.; VARKER, T. - Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 43. n.º 4 (2009). p. 373-385.
- DOMINGUEZ-GOMEZ, Elvira; RUTLEDGE, Dana N. - Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal Of Emergency Nursing: JEN: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association*. Vol. 35. n.º 3 (2009). p. 199-204.
- DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi; MENDES, Isabel - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 15. n.º 5 (2007). p. 179-182.
- DUTTON, Mary Ann; RUBINSTEIN, Francine L. - Working with People with PTSD: Research Implications Chapter 4 In FIGLEY, C.R. - Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel Inc., 1995.
- EID, Jarle [et al.] - Psychometric properties of the Norwegian Impact of Event Scale-revised in a non-clinical sample. *Nordic Journal Of Psychiatry*. Vol. 63. n.º 5 (2009). p. 426-432.
- ELWOOD, Lisa S. [et al.] - Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*. Vol. 31. n.º 1 (2011). p. 25-36.
- ENGELKE, Zeena - Parent Counseling: Sudden Infant Death Syndrome. Glendale, California: Cinahl Information Systems, 2012.
- ERIKSON, E. H. - Identity and the life cycle. Part One. New York: International Universities Press, 1959.
- EUROSAFE, EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE - Perfil de Segurança Infantil do país Portugal. European Child Safety Alliance 2012.
- FARRELL, M.; RYAN, S.; LANGRICK, B. - 'Breaking bad news' within a paediatric setting: an evaluation report of a collaborative education workshop to support health professionals. *J Adv Nurs*. Vol. 36. n.º 6 (2001). p. 765-75.
- FERREIRA, Andreia - A gestão do stress ocupacional em enfermeiros intensivistas. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2010.
- FIELD, Andy - Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll). 3. London: SAGE, 2009.
- FIGLEY, C. R. - Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized. In FIGLEY, C. R. - Compassion Fatigue: Secondary Traumatic Stress Disorders from Treating the Traumatized: An Overview New York: 1995.
- FIGUEIREDO FILHO, Dalson; SILVA jÚNIOR, José - Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*. Vol. 16. n.º 1 (2010). p. 160-185.

- FORTIN, M.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2006.
- FRIEDMAN, Matthew J. [et al.] - Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. Depression And Anxiety. Vol. 28. n.º 9 (2011). p. 737-749.
- GARGUREVICH, Rafael [et al.] - Factor structure of the impact of event scale-revised in two different peruvian samples. Depression and anxiety. Vol. 26. (2009). p. E91-E98.
- GATES, Donna M.; GILLESPIE, Gordon L. - Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. Vol. 37. n.º 2 (2008). p. 243-249.
- GHOLAMZADEH, Sakineh; SHARIF, Farkhondeh; RAD, Fereshteh Dehghan - Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research. Vol. 16. n.º 1 (2011). p. 41-46.
- GOLDEN, Ann-Marie; DALGLEISH, Tim - Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress?. Psychiatry Research. Vol. 178. n.º 2 (2010). p. 336-341.
- GOMES, A. R.; CRUZ, JOSÉ F.; CABANELAS, S. - Estress ocupacional em Profissionais de Saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 25. n.º 3 (2009). p. 307-3118.
- GRAZIANI, P.; SWENDSEN, J. - O stress-emoções e estratégias de adaptação. 1ª Lisboa: Climepsi, 2007. 978-972-796-274-7
- HEALY, Sonya; TYRRELL, Mark - Stress in emergency departments: experiences of doctors and nurses. Emergency Nurse. Vol. 19. n.º 4 (2011). p. 31-37.
- HEEB, Jean-Luc [et al.] - Psychometric Properties of the French Version of the Impact of Event Scale-Revised in Mental Health and Social Professionals after a Patient Suicide. Swiss Journal of Psychology. Vol. 70. n.º 2 (2011). p. 105-111.
- HOROWITZ, M. J. - Stress Response Syndromes. 1. Northvale, NJ: Aronson, 1976.
- HOROWITZ, Mardi J.; BECKER, Stephanie S.; MOSKOWITZ, Maurice L. - Intrusive and repetitive thought after stress: A replication study. Psychological Reports. Vol. 29. n.º 3 (1971). p. 763-767.
- HOROWITZ, Mardi; WILNER, Nancy; ALVAREZ, William - Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. Psychosomatic Medicine Vol. 41. n.º 3 (1979). p. 10.
- INFOPÉDIA. Porto: 2003-2013. Disponível em WWW: <<http://www.infopedia.pt/>>.
- IRISH, Leah [et al.] - Gender differences in PTSD symptoms: An exploration of peritraumatic mechanisms. Journal of Anxiety Disorders. Vol. 25. n.º 2 (2011). p. 209-216.
- KAIN, Victoria J. - An exploration of the grief experiences of neonatal nurses. Journal of neonatal nursing. (2012). p. 1-9.

- KEENE, Elizabeth A. [et al.] - Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatric Nursing*. Vol. 36. n.º 4 (2010). p. 185-189.
- KENT, Bridie; ANDERSON, Natalie Elizabeth; OWENS, R. Glynn - Nurses' early experiences with patient death: the results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International Journal Of Nursing Studies*. Vol. 49. n.º 10 (2012). p. 1255-1265.
- KILCOYNE, Mary; DOWLING, Maura - Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol. 25. n.º 2 (2007). p. 21-27.
- KNAPP, Jane; MULLIGAN-SMITH, Deborah - Death of a child in the emergency department. *Pediatrics*. Vol. 115. n.º 5 (2005). p. 1432-1437.
- KOMACHI, Miyuki H. [et al.] - Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals. *International Journal Of Nursing Practice*. Vol. 18. n.º 2 (2012). p. 155-163.
- KOVÁCS, Maria J. - Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*. Vol. 34. n.º 4 (2010). p. 420-429.
- KRISTENSEN, Pal; WEISÆTH, Lars ; HEIR, TROND - Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry*. Vol. 75. n.º 1 (2012). p. 97.
- KUBUS, Peter; JANOUSEK, Jan - Sudden cardiac death in children and young adults - epidemiology and prevention. *Cor et Vasa*. (2012). p. E223-E226.
- LAPOSA, Judith M.; ALDEN, Lynn E.; FULLERTON, Louise M. - Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*. Vol. 29. n.º 1 (2003). p. 23-28.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. - Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- LEIGHTON, Kim; DUBAS, Jenna - Simulated death: an innovative approach to teaching end-of-life care. *Clinical Simulation in Nursing*. Vol. 5. n.º 6 (2009). p. e223-30.
- LEVETOWN, Marcia - Breaking bad news in the emergency department: when seconds count. *Topics in Emergency Medicine*. Vol. 26. n.º 1 (2004). p. 35-43.
- LIM, Zaneta [et al.] - A review of sudden unexpected death in the young in British Columbia. *Canadian Journal of Cardiology*. Vol. 26. n.º 1 (2010). p. 22-26.
- LINDEMANN, E. - The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 101 ( 1944). p. 141-148.
- LOPES, Ana Carina - Morte e cuidar em ambiente hospitalar. Como lidar com a morte do outro. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010.

- LOUREIRO, Luís - Tradução e Adaptação da Versão Revista da Escala de Ansiedade Perante a Morte (Revised Death Anxiety Scale – DAS-R) – Estudo realizado numa amostra de profissionais de saúde. *Referência*. Vol. 12. (2004). p. 5-14.
- LOUREIRO, Luís - Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Referência*. Vol. III série. n.º 1 (2010). p. 101-108.
- LYON, Brenda - Handbook of stress, coping and health Implications for nursing research, theory and practice. In RICE, Virginia H. - *Stress, Coping and Health A conceptual overview*. California: SAGE Publications, 2000.
- MAGYAR, J.; THEOPHILOS, T. - Review article: debriefing critical incidents in the emergency department. *Emerg Med Australas*. Vol. 22. n.º 6 (2010). p. 499-506.
- MARTINS, Carla - Manual de análises de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2011.
- MATOS, Marcela; PINTO-GOUVEIA, José; MARTINS, Sónia - O impacto traumático das experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impacto of Event Scale - Revised. *Psychologica* Vol. 54. (2011). p. 26.
- MAYTUM, Jennifer C.; HEIMAN, Mary Bielski; GARWICK, Ann W. - Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. Vol. 18. n.º 4 (2004). p. 171-179.
- MEADORS, Patrick; LAMSON, Angela - Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *Journal of Pediatric Health Care*. Vol. 22. n.º 1 (2008). p. 24-34.
- MEADORS, Patrick [et al.] - Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Omega*. Vol. 60. n.º 2 (2009). p. 103-128.
- MEDA, Rosa [et al.] - La evaluacion dél Estrés Traumático Secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*. Vol. 30. n.º 2 (2012). p. 31-41.
- MOOS, Rudolph; SCHAEFER, Jeanne - Coping with physical illness 2:new perspectives. In MOOS, Rudolph - *The crisis of physical illness An overview and conceptual approach*. New York: Plenum Publishing Corporation, 1984.
- MOTLAGH, Helena - Impact of Event Scale- Revised. *Journal of Physiotherapy*. Vol. 56. (2010). p. 1.
- NIIYAMA, Etsuko [et al.] - A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. Vol. 25. n.º 1 (2009). p. 3-9.
- O'CONNOR, Jillian; JEAVONS, Sue - Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 41. n.º 1 (2003). p. 53-62.



- OGDEN, Jane - Health Psychology: a textbook. Second edition. 2. Lisboa: Climepsi, 2004.
- PAIS-RIBEIRO, José; SANTOS, Carla - Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. Análise Psicológica. Vol. 19. (2001). p. 491-502.
- PEDRAS, Carla S.; PEREIRA, Graça M. - Exposição directa e indirecta ao trauma: Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD) e Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD). . *Psicologia Clínica.* Vol. 6. (2012). p. 18-37.
- PILLAI, L. [et al.] - Can we predict intensive care relatives at risk for posttraumatic stress disorder? *Indian J Crit Care Med* Vol. 14 n.º 2 (2010).
- PRICE, Jayne ; MCNEILLY, Patricia ; SURGENOR, Mark - Breaking bad news to parents: the children's nurse's role. *Paediatric Nursing.* Vol. 2. n.º 3 (2006). p. 115-120.
- REDINBAUGH, Ellen M. [et al.] - Health care professionals' grief: a model based on occupational style and coping. *Psycho-Oncology.* Vol. 10. n.º 3 (2001). p. 187-198.
- ROBINS, Paul M.; MELTZER, Lisa; ZELIKOVSKY, Nataliya - The Experience of Secondary Traumatic Stress Upon Care Providers Working Within a Children's Hospital. *Journal of Pediatric Nursing.* Vol. 24. n.º 4 (2009). p. 270-279.
- ROCKEMBACH, Jamila Vasquez ; CASARIN, Sidneia Tessmer; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de - Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.* Vol. 11. n.º 2 (2010). p. 1-212.
- RUGHOO, N. - Exploring The Psychological Effects Of Trauma Counselling On Novice Trauma Counsellors. South Africa: University of South Africa, 2010.
- SANTOS, José M.; TEIXEIRA, Zélia - O stress profissional dos enfermeiros. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2009.
- SCHREUDER, Jolanda A. H. [et al.] - Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: a comparative study. *Nursing Outlook.* Vol. 60. n.º 1 (2012). p. 37-43.
- SILVA, Maria ; GOMES, António - Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia.* Vol. 14. n.º 3 (2009). p. 239-248.
- SILVEIRA, Miriane; STUMM, Eniva; KIRCHNER, Rosane - Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Eletrónica de Enfermagem.* Vol. 11. n.º 4 (2009). p. 894-903.
- SIMÕES, Ângela - Quando a criança morre... *Acta Pediátrica Portuguesa.* Vol. 42. n.º 4 (2011). p. 149-152.
- SOUSA, Valmi ; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel - An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* Vol. 15. (2007). p. 502-507.

- TABOR, Pamela Diane - Vicarious traumatization: concept analysis. *Journal Of Forensic Nursing*. Vol. 7. n.º 4 (2011). p. 203-208.
- THAYER, J.; BROSSCHOT, J. - Stress, Health and Illness The effects of prolonged physiological activity and perseverative cognition Chapter 19. In FRENCH, David; VEDHARA, Kavita - *Health Psychology*. 2ª. Oxford: BPS Blackell, 2010.
- VASSAR, Matt [et al.] - A meta-analysis of coefficient alpha for the Impact of Event Scales: a reliability generalization study. *South African Journal of Psychology*. Vol. 41. n.º 1 (2011). p. 6-16.
- VON RUEDEN, Kathryn T. [et al.] - Secondary traumatic stress in trauma nurses: prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *Journal Of Trauma Nursing: The Official Journal Of The Society Of Trauma Nurses*. Vol. 17. n.º 4 (2010). p. 191-200.
- WEISS, Daniel; MARMAR, C. - Assessing Psychological Trauma and PTSD. New York: Guilford Press, 1997.
- WHO - The global burden of disease 2004 update. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2008.
- WINKEL, Bo Gregers [et al.] - Nationwide study of sudden cardiac death in persons aged 1-35 years. *European Heart Journal*. Vol. 32. n.º 8 (2011). p. 983-990.
- WOLFRAM, Wayne - Coping with the death of a child in the ED. *eMedicine*. (2008). p. 6.
- WU, K. K.; CHAN, K. S. - The development of the Chinese version of Impact of Event Scale--Revised (CIES-R). *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. Vol. 38. n.º 2 (2003). p. 94-98.
- YANG, Y [et al.] - Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. *Occupational and Environmental Medicine*. Vol. 59. n.º 12 (2002). p. 836-841.
- YOUNGBLOOD, Amber Q. [et al.] - Multidisciplinary simulation in pediatric critical care: the death of a child. *Critical Care Nurse*. Vol. 32. n.º 3 (2012). p. 55-61.
- ZILBERG, Nathan. J.; WEISS, Daniel S.; HOROWITZ, Mardi J. - Impact of Event Scale: a cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. Vol. 50. n.º 3 (1982). p. 407-414.

## **ANEXOS**



## **ANEXO I - Questionário Sociodemográfico**



Trabalho de investigação no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica:

O enfermeiro perante a morte súbita pediátrica: impacto e estratégias de confronto

Preencha por favor assinalando com uma cruz no quadrado correspondente à sua escolha ou preenchendo o espaço deixado em branco pelo investigador. No caso de querer retificar a sua resposta, por favor preencha totalmente o quadrado que pretende retificar e assinale uma cruz na alternativa pretendida. No caso de dúvida pode questionar o investigador através dos contactos cedido na carta de apresentação. Após o preenchimento coloque por favor o envelope selado, não identificado, na caixa de arquivo devidamente identificada que se encontra no serviço, a fim de ser recolhido posteriormente pelo investigador.

Idade – \_\_\_\_ anos

Sexo- Feminino ☐ Masculino ☐

Estado civil- Solteiro ☐ Casado/União de facto ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐

Número de filhos – \_\_\_\_\_

Praticante de uma religião? Sim ☐ Não ☐

Habilitações literárias – Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Especialização pós licenciatura? ☐ Sim ☐ Não ☐  
Área \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional – \_\_\_\_\_

Serviço onde exerce profissão - \_\_\_\_\_

Tempo de experiência no serviço atual – \_\_\_\_\_

Horário habitual – \_\_\_\_ horas semanais

Faz turnos nocturnos? Sim ☐ Não ☐

Part-time- Sim ☐ Não ☐ Quantas horas semanais? \_\_\_\_ h

Quantas situações de morte súbita de criança ou adolescente já vivenciou na sua vida profissional?

- ☐ - Nenhuma
- ☐ - Apenas uma
- ☐ - Entre 1 e 5
- ☐ - Entre 5 e 10
- ☐ - De certeza mais do que 10

Se já vivenciou alguma(as) situação(ões) de morte súbita de criança ou adolescente, há quanto tempo foi a última situação?

- ☐ - No último mês
- ☐ - Entre 1 e 6 meses
- ☐ - Entre 6 meses e 1 ano
- ☐ - Há mais de 1 ano
- ☐ - Não me lembro



**ANEXO II - Escala do Impacto do Acontecimento- Revista (Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011)**



Em baixo, encontra-se uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida stressantes. Por favor, leia cada item e de seguida indique o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade lhe tem provocado. Isto é, em relação a MORTE SÚBITA NA CRIANÇA /ADOLESCENTE, quanto é que se sentiu perturbado ou incomodado por estas dificuldades?

	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>
Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos sobre isso.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em permanecer a dormir.	0	1	2	3	4
Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo.	0	1	2	3	4
Sentia-me irritável e zangado.	0	1	2	3	4
Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso.	0	1	2	3	4
Pensei sobre isso quando não era minha intenção.	0	1	2	3	4
Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real.	0	1	2	3	4
Evitei estar perto de coisas que me lembrassem disso.	0	1	2	3	4
	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>
Imagens do acontecimento vinham-me à cabeça.	0	1	2	3	4
Estava agitado e ficava nervoso com facilidade.	0	1	2	3	4
Tentei não pensar no acontecimento.	0	1	2	3	4
Tinha consciência que ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas não lidava com eles.	0	1	2	3	4
Sentia-me como se estivesse anestesiado em relação a isso	0	1	2	3	4
Dei por mim a agir ou sentir como se estivesse de novo naquela situação.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
Tive ondas de sentimentos intensos em relação ao acontecimento.	0	1	2	3	4
Tentei tirar isso da memória.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em me concentrar.	0	1	2	3	4

Coisas que me lembravam o acontecimento provocavam-me reacções físicas, como transpiração, dificuldades em respirar, enjoos, palpitações.	0	1	2	3	4
Sonhei com isso.	0	1	2	3	4
Senti-me alerta e vigilante.	0	1	2	3	4
Tentei não falar sobre isso.	0	1	2	3	4

Muito Obrigado

### **ANEXO III - Guião da Entrevista Semiestruturada**



### GUIÃO ENTREVISTA

1 – Qual é a sua / Gostaria que me falasse sobre a sua experiência de morte súbita de crianças ou adolescentes – considerando a definição de morte súbita aquela que ocorra por doença súbita ou trauma e decorra em poucas horas ou minutos - na sua prática profissional? Lembra-se da última vez? Foi há quanto tempo?

2 – Alguma dessas experiências teve maior impacto ou marcou-o (a) de alguma forma? Por alguma razão em especial?

3 – Sentiu que alterou a sua maneira de encarar a vida profissional? E a vida pessoal? Sentiu que essa experiência marcou-o (a) como pessoa? De que forma?

4 – Há alguma razão que considere mais relevante no acontecimento morte súbita que queira referir? Por exemplo, dificuldades no contacto com a família da vítima?

5 – Alguma vez sentiu por algum instante que seria incapaz de voltar a lidar com uma situação semelhante? Quer me falar um pouco mais sobre este momento e sobre como o ultrapassou?

6 – Já conversou com algum colega de trabalho sobre algum acontecimento deste tipo e os seus sentimentos em relação à situação? Ou algum colega veio ter consigo? Como equipa têm o hábito de conversar sobre estes assuntos? Em que momentos/ contextos? E sente que estes momentos de partilha são importantes para ajudar a ultrapassar a situação?

7 – Necessitou de alguma estratégia para ultrapassar esse acontecimento? Qual (ais)? Tem alguma atividade de lazer que utilize como forma de distração ou de relaxamento? Costuma recorrer a ela de forma particularmente mais intensa após estes acontecimentos?

8 – Sente-se frequentemente desmotivado (a) quando vai para o trabalho? Acha que de alguma forma o confronto com a morte e a imprevisibilidade do tipo de trabalho que realiza pode ter alguma coisa a ver com esse sentimento?

9 – Alguma vez considerou a transferência de serviço por alguma experiência negativa relacionada com este tema?

10 - Durante o preenchimento da escala de impacto reviu-se nas questões? Em qual (quais) se reviu mais? Alterava algum dos itens ou acrescentava outros? Quais?

11 – Se por acaso tivesse oportunidade de participar em formação sobre estratégias de confronto relacionadas com a morte súbita ponderaria inscrever-se? E se incluísse simulações clínicas? Tem alguma outra sugestão?





**ANEXO IV - Autorização para utilização da Escala de Impacto do Acontecimento – Revista (Weiss & Marmar, 1997; Tradução e Adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011)**



**Re: Escala do Impacto do Acontecimento- Revista**

23-10-2012

Marcela Matos (marcela.s.matos@gmail.com)

Para: Sandra Gonçalves

Cara Sandra,

A adaptação para a língua portuguesa e estudo das características psicométricas foi feito por mim no âmbito da minha tese de Doutoramento, e encontra-se publicada na revista *Psychologica*, tendo a seguinte referência bibliográfica:

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale-Revised. *Psychologica*, 54, 413-438

A adaptação foi feita com a escala aplicada a experiências precoces de vergonha mas a medida poder ser usada relativamente a outros acontecimentos de vida signitativos ou traumáticos. Junto envio o artigo e a escala, sendo que as instruções da mesma devem ser adaptadas ao acontecimento sob investigação.,

Com os melhores cumprimentos,

Marcela

Em 18 de outubro de 2012 12:15, Sandra Gonçalves <[xandroca@hotmail.com](mailto:xandroca@hotmail.com)> escreveu:

Boa

tarde

D.

Marcela

Pinto

Sou enfermeira, mestranda em Saúde infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto , e pretendo aplicar na minha dissertação a Escala do Impacto do Acontecimento—Revista (IES-R). Através da pesquisa encontrei referências ao seu artigo "Propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento—Revista (IES-R)", ao qual ainda não tive acesso. No entanto gostaria de saber se pode me disponibilizar a referida escala - com as respetivas autorizações - ou pode me fornecer o contacto de quem o possa fazer, uma vez que além deste artigo somente encontrei uma tese de doutoramento que utiliza a IES-revised.

Melhores

cumprimentos

Sandra Gonçalves

--

Marcela

Matos

Clinical Psychologist

PhD.,

MSc., CINEICC

University

of

Coimbra,

Portugal

Rua  
3001-802

do

Colégio

Novo,  
Coimbra,

Apartado

6153  
Portugal

Telephone:

(+351)

239

851450

Fax:

(+351)

239851462

MSc,



## **ANEXO V - Autorizações das Comissões de Ética**



Ao CS  
com parecer favorável  
permeável  
16/1/2013

**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E REGÊNCIA DE  
Presidente do Conselho de Administração 17 JAN 2013

Profa. Dra. Maria de Barros Gonçalves

Directora Clínica Enfermeira Directora Urgência Emergência Urgência Obstetria

[Assinaturas]

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de S. João – EPE

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Sandra Maria de Barros Gonçalves

**Título do projeto de investigação:**

O enfermeiro perante a morte súbita pediátrica: impacto e estratégias de confronto

Pretendendo realizar no Serviço de Urgência Pediátrica e Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de S. João – EPE o estudo/projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação. A referir que este mesmo estudo/projeto de investigação será também realizado no Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal. Para o efeito, anexa toda a documentação referida no *dossier* da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E, respeitante a estudos/projetos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 5 / dezembro / 2012

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Sandra Maria de B. Gonçalves



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

**Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM,EPE  
(CES/SESARAM,EPE)**

**PARECER Nº01/2013**

Sobre o Pedido/Estudo “O enfermeiro perante a morte súbita pediátrica:  
impacto e estratégias de conforto”

**A - RELATÓRIO**

**A.1.** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM,EPE) iniciou a análise do Documento Nº 03, enviado pelo Conselho de Administração do SESARAM,EPE para parecer, e datado de 2012.11.30, relativo ao pedido de autorização de **Sandra Maria de Barros Gonçalves**, Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica, a fazer o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Lúcia Maria Monteiro Lima, para realizar naquele Serviço e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais/ Pediátricos do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, estudo/projeto de investigação intitulado “O enfermeiro perante a morte súbita pediátrica: impacto e estratégias de conforto”. Solicita, também, autorização para a realização dos pré-testes do referido estudo.

**A.2.** Fazem parte do documento em avaliação: ofício dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do SESARAM,EPE, Projeto de Investigação, Declaração de Consentimento, Carta de Informação ao Participante, Questionário Demográfico, Guião de Entrevista, e Escala IES-R (Weiss & Marmar, 1997).

**A.3.** Trata-se de um estudo do tipo misto –qualitativo/quantitativo, que tem por objetivo conhecer o impacto que a morte súbita na criança e adolescente tem nos enfermeiros prestadores de cuidados pediátricos, quantificando o *stress* sentido e explorando mais profundamente o que esse acontecimento provoca no enfermeiro a nível emocional, pessoal e profissional. A população e amostra serão constituídas por enfermeiros dos serviços de urgência e unidade de cuidados intensivos pediátricos dos Hospitais Dr. Nélcio Mendonça





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

(Funchal) e São João (Porto). Os instrumentos de recolha de dados serão, para a parte quantitativa, a Escala de Impacto do Acontecimento – revista (Weiss, Marmar 1997; Tradução e adaptação: Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. 2006), e para a parte Qualitativa, entrevista semiestruturada. Os dados serão recolhidos através do preenchimento da Escala referida anteriormente. Durante a realização das entrevistas serão gravadas as declarações com recurso a gravador áudio. Serão tidos em conta os aspetos éticos, tais como a confidencialidade dos questionários/escalas e dos dados obtidos no tratamento da informação disponibilizada pelos participantes, o consentimento informado, assim como uma carta de apresentação. Os registos serão destruídos posteriormente ao tratamento dos dados.

**B- IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

**B.1.** Estão dadas garantias de confidencialidade e anonimato dos participantes.

**B.2.** Reconhece-se a pertinência do estudo e interesse prático nos resultados esperados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes.

**C - CONCLUSÃO**

A CES delibera emitir **Parecer Favorável** à realização deste Estudo, nos precisos termos em que o mesmo foi apresentado, por não se levantarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião do dia 14 de Janeiro de 2013, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM,EPE

  
(Ricardo Jorge Santos)





## **Anexo VI - Grelha da análise de conteúdo**



<b>Categoria</b>	Impacto
<b>Subcategoria</b>	Intrusão
<b>Operacionalização</b>	Medo, pesadelos e imagens intrusivas e incontroláveis do evento (APA, 2002, cit. por Meadors <i>et al.</i> , 2009).
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcou...claro que marcou porque eu nunca mais me esqueci...(E3P)</li> <li>• (...) penso imenso ... às vezes mais do que até que eu queria, porque às vezes passo tempos e tempos que tinha que pensar às vezes noutras coisas e o pensamento foge-me para ali e eu ando ali, remoo aquilo, remoo... (E4P)</li> <li>• (...) isto fica-me cá dentro a consumir não é? E às vezes demoro um bocado de tempo a...remoo bastante até resolver as situações. Portanto na morte súbita, aqui é lógico que no dia a seguir às vezes, olho para a cama ainda me lembro do garoto...há garotos que nunca mais me esqueço... E esses miúdos que me marcaram muito eu sei exatamente em que sítio das camas é que eles estavam e o nome deles...de muitos deles...e a unidade já mudou 3 ou 4 vezes de sítio e continuamos a saber exatamente em que camas é que eles estavam. Portanto isto marca, marca...só não marcava se não fosse assim muito humana acho eu... (E5P)</li> <li>• (...) agora eu tento é não... Tento é não transpor daqui para a minha vida lá fora, mas é muito difícil, é muito difícil não transpor...(E4P)</li> <li>• Agora levar para casa, leva-se...mesmo não querendo... Eu digo que gosto de limpar os pés à saída e à entrada. À saída para ir para casa e à entrada para não trazer de lá de fora, mas é mais difícil não levar para casa do que deixar lá fora os de casa...muito mais! E mesmo às vezes quando penso que não levo, chego a casa e às vezes...em pequenas atitudes eu noto que lá está! (E4P)</li> <li>• (pausa) por momentos parecia que ele estava a agarrar outra vez na minha mão...não te sei explicar. Não foi assim...não fiquei a pensar no que podia ter feito não, mas parecia que ele estava a agarrar outra vez a minha mão...(E1F)</li> <li>• “Imagens do acontecimento vinham-me à cabeça”...sim, nos turnos a seguir sim (E1F)</li> <li>• Esta coisa das imagens... foi o que eu classifiquei mais alto...as imagens vinham-me à cabeça...vêm...(E2F)</li> <li>• Não, normalmente não...eu zango-me mais comigo mesma, mas é...de mim para mim...fico...a remoer aquilo às vezes, mas tento não perturbar também a equipa, porque...pronto exprimir sentimentos...não tenho esse hábito (...) de exprimir emoções assim acerca disso nem por isso. Normalmente eu fico zangada comigo...comigo isto é, da situação, não é comigo do meu comportamento, fico...falo de mim para mim, falo com os meus botões. (E4P)</li> <li>• Penso, mas não sou muito de extravasar assim o que sinto. Remoo, a seguir vou para o gabinete, estou lá nos computadores e não sei quantos, aquilo vem-me à mente, mas...depois de sair tento começar a fazer um luto rápido para no dia a seguir...eu não consigo, não consigo...(E5P)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Impacto
<b>Subcategoria</b>	Evitamento
<b>Operacionalização</b>	Entorpecimento emocional, apatia, evitar pessoas ou locais relacionados com o evento (APA, 2002, cit. por Meadors et al., 2009).
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) às vezes um pouco...quando é assim uma situação que posso ...no turno a seguir posso não querer entrar na sala, mas...só mesmo um turno...(E1F)</li> <li>• As coisas acabam, os pais saem e a seguir eu vou para o gabinete. Sou capaz de estar lá um bocado e às vezes não estou a fazer nada...estou a olhar para o écran a tentar organizar as ideias...isso faço. Não consigo permanecer muito tempo depois lá dentro na unidade assim naquele...toda a gente fala do mesmo e eu não...(hesitação) Como não gosto de falar... É, eu prefiro fazer esse processo sozinha...(E5P)</li> <li>• Este “evitar estar perto de coisas que me lembrassem disso” ...hmmmm só se eu não viesse trabalhar! (risos) (E1F)</li> <li>• (...) a seguir quando esfria “e agora?”...Isso para mim...terrível! Eu se puder passo sempre a bola...Custa-me imenso! Passo sempre a bola... (E2F)</li> <li>• (...) e isso acontecia comigo e ainda agora não gosto. Mas eu não gostava e quase toda a gente fugia da família nestas situações...quem é que quer estar ali? Ninguém!... vai-se porque é obrigatório, vai-se porque...tem de ser, porque ninguém vai com vontade.(E4P)</li> <li>• Incomoda-me. Não consigo verbalizar...nunca verbalizo, mas já sabem os sinais quando as coisas, quando eu estou muito triste... Apesar de não ter uma relação afetiva com a criança, mas incomoda-me o que às vezes sucede na unidade...(E5P)</li> <li>• (...) eu não falo muito, mas há colegas que falam e algumas ficam com mais pena...não. Não falo.(E5P)</li> <li>• A nível hospitalar...isto é tudo um processo. Allás em muitas das respostas o “um pouco” e o “nada” veio porque é a minha maneira de tratar este tipo de situações. Portanto acabou e eu avanço. Fico ali um bocado, mas avanço. (...)Se calhar porque treino isto já há muito tempo de me manter saudável a nível mental e não misturo. (E5P)</li> <li>• ...e se calhar é isso que eu devo ter algum mecanismo de defesa que eu esqueço! Passados uns dias já não me lembro...não sei se é bom se é mau...(E2F)</li> <li>• eu acho que a gente facilmente consegue ultrapassar e há sempre mecanismos que a gente acaba por ir abafando para esquecer...no fundo, no fundo a gente não esquece, mas consegue ultrapassa-los e pensar...tenta não pensar...(E3P)</li> <li>• depois neste momento o que eu me identifico mais é tentar não ficar perturbado, não pensar mais no assunto...é uma maneira de eu ir esquecendo...é acho que é isso...(E3P)</li> <li>• (...) lembro-me que nesse fim-de-semana negro eu lembro-me que estava</li> </ul>	

mesmo...não me apetecia nada e até nem falava com as pessoas e eu tinha coisas combinadas e deixei de ir...(E2F)

- ...acho que é uma maneira de fugir a pessoa não enfrentar estas situações acho que nunca vai conseguir ultrapassa-las também. (E6P)

<b>Categoria</b>	Impacto
<b>Subcategoria</b>	Hiperativação
<b>Operacionalização</b>	Alterações no padrão do sono, dificuldade de concentração e alterações do humor (APA, 2002, cit. por Meadors <i>et al.</i> , 2009); hipervigilância
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aí eu descompensei de uma maneira mesmo má...não conseguia dormir, pura e simplesmente...(E3P)</li> <li>• Que eu me identifiquei mais...o dificuldade em adormecer pronto...(E3P)</li> <li>• Às vezes é uma dificuldade em adormecer no sentido de que estou sempre a imaginar, ainda a coisa não...não baixou os níveis da adrenalina...ainda estou assim um bocadinho...acontece. (E4P)</li> <li>• (...) passei uma semana e tal sem dormir, não conseguia vir trabalhar direito, tinha que ter alguém ao meu lado para qualquer medicação que ia preparar ia confirmar com a colega... Pronto fiquei assim um bocado...desorientada. Por não estar a contar!(E3P)</li> <li>• Eu noto às vezes quando estou mais...carente em termos de desequilíbrio, constipo-me mais facilmente, irrito-me mais facilmente. Noto logo que não sou aquele que gostava de ser e que sou por natureza...aumenta a irritabilidade (...) (E6P)</li> <li>• (pausa) “senti-me irritável e zangado” sim isto às vezes, senti-me irritável e zangado...por vezes sim, quando não consigo cumprir aquilo que desejo no fundo sinto-me um bocadinho revoltado, no fundo é...(pausa) (E6P)</li> <li>• Eu consigo, só que nota-se, reajo...sou mais intransigente, fico irritadiça...(E4P)</li> <li>• (...) quando são coisas que não estão programadas, que nos entram, que a gente não sabe de onde é que vêm não é? E...estamos sempre à espera...e olhamos e o primeiro impacto é ver se são os nossos...se é aqui perto. Depois cada um projeta-se para a sua área não é? Se houve um acidente na Maia e vem um para a sala de emergência, eu não fico sossegada enquanto não vir que o garoto da sala de emergência não tem nada a ver com os meus. E eu acho que é isso que a gente acaba por projetar, um bocado as nossas vivências, porque toda a gente tem medo de perder aquilo que ama. Não é? (E5P)</li> <li>• O alerta e vigilante é assim...Qualquer coisa que apareça a pessoa sai daqui já a pensar que ele tem de ir de capacete mais vezes andar de bicicleta, ele tem de fazer não sei quê não é? (E5P)</li> </ul>	

- (...) foi um fim-de-semana negro...3 mortes seguidas em pequeninos... Eu só de falar contigo já tenho as mãos geladas... (E2F)

<b>Categoria</b>	Estratégias de confronto
<b>Subcategoria</b>	Estratégias cognitivas
<b>Sub -Subcategoria</b>	Análise lógica e mentalização
<b>Operacionalização</b>	Subdividir o problema em pequenos aspectos com os quais seja mais fácil lidar; acreditar num destino ou numa vontade divina

**Unidades de registo:**

- Eu apesar de tudo consigo ver tudo muito friamente e profissionalmente, vejo é uma criança doente e eu tenho de actuar. (E2F)

- ... eu tento não me focar muito... (pausa) naquilo que rodeia... Se calhar no que é que levou à morte, no que é que se passou, do que propriamente quando é que foi, quem é que estava... Centro-me mais no ponto de vista clínico vá lá...o que se passou, o que é que se fez, se fizemos bem ou mal, fizemos aquilo ou isto... se correu bem se correu mal... É mais isto, é mais objetivo... (E4P)

- (...) o meu lema de vida e de profissional de saúde como enfermeiro é dar ajuda, ajudar enquanto for vivo e criar esperanças, pronto em termos de...mesmo em situações muito críticas em termos de...morte cerebrais e isso não, mas dar sempre aquela esperança e ter mais algum momento de sobrevivência de...de alegria no fundo, para os pais, mesmo em situação crítica tem de se dar sempre um mínimo de esperança não é? É a nossa função aqui neste serviço...(E6P)

- (...) apesar de uma morte inesperada no fundo, morte súbita, temos de dar sempre aquela esperança de foi feito tudo o que tinha a ser feito, que foi a última possibilidade... Dentro da gravidade da situação não haveria...não houve possibilidade de mais. Foi uma coisa eminente, é uma coisa real, para transmitir aos pais que tudo foi feito, que não ficou nada por fazer que deveria ser feito. Acho que vai criar alguma segurança, alguma estabilidade (...) (E6P)

- A nossa presença lá dentro (na sala) custa, claro que custa, mas na altura os pais... Eu acho que a nossa presença lá dentro, não estamos a dizer nada, mas a nossa presença ao lado a dizer “olhe a gente tentou, tentou fazer o que podia e não sei quê estamos aqui ao seu lado se precisar de alguma coisa para ajudar” acho que para eles é importante... Eu não consigo estar ao lado e dizer alguma coisa, que eu não digo...mas fico ali para eles sentirem apoio...(E3P)

- Se calhar...se calhar faço isso inconscientemente... Não sei, nunca relacionei...mas, como nós aqui a morte súbita, tirando essas duas situações que foi as que me marcaram, normalmente é resultado de alguma coisa ou de alguma doença prolongada ou mesmo um acidente eu penso assim “se estivesse vivo ia ficar muito pior”... É uma maneira de eu conseguir compensar...”ia ficar um caco” como eu costumo dizer, então se calhar foi melhor assim, ter falecido...se calhar está errado, mas foi a maneira que eu arranjei para compensar! (E3P)

- (...) porque até durante a reanimação estamos muito concentrados naquilo, a



gente esquece até quem está à nossa volta...(E2F)

<b>Categoria</b>	Estratégias de confronto
<b>Subcategoria</b>	Estratégias cognitivas
<b>Sub -Subcategoria</b>	Redefinição cognitiva
<b>Operacionalização</b>	Aceitar o acontecimento, mas reestrutura-lo de forma a encontrar aspectos positivos; concentrar-se em algo de bom que possa existir no contexto; adaptar prioridades e valores
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) nós próprios nos sentimos profissionalmente mais valorizados. Emocionalmente sentimo-nos mais aliviados (...) Quando saem daqui, o filho morreu aqui, mas também terem a noção de que nós fizemos tudo o que podia ser feito (...) Vá lá...no meio da perda, sentir que há algum conforto.(E4P)</li> <li>• (...) quando me vou embora, tenho a certeza que morreram, mas que não havia mais nada a fazer e portanto é um processo que terminou e no dia a seguir teremos lá mais dois ou três que irão precisar e que tem de estar lá gente capaz para trabalhar. (E5P)</li> <li>• Mas houve muita gente que veio e que não aguenta a pressão e vai... Agora ao final de 18 anos eu ponho-me a pensar que já está na altura de sair, mas...para onde? Para onde? Porque apesar de eles morrerem felizmente conseguimos salvar muitos... A balança cai a favor das recuperações portanto...ponho-me a pensar o que é que me dá mais pica agora fazer! (risos) É por aí. (E5P)</li> <li>• “E depois também com a realidade, a vivenciar as situações, eu fui aprendendo que não é preciso fazer muito, ninguém está à espera que a gente faça magia, é só estar lá...deixar chorar, dar um lenço, dar um ombro...” (E1F)</li> <li>• (...) também era bom para o enfermeiro, porque se ajudava a ele próprio. Se eu ajudar o outro sei que estou a fazer bem, estou a cumprir, pois para mim também é gratificante e se calhar eu saio desta situação, não digo com menos noção ou menos marcada, mas se calhar com a sensação que fiz mais qualquer coisa... Não fiz pela criança, fiz ao menos pela família. Isso também é importante...eu acho que nós trabalhamos muito em termos de gratificação pessoal...é uma das poucas gratificações que nós temos.(E4P)</li> <li>• Eu acho que uma morte é sempre irreparável, mas dentro do irreparável pode-se dar algum conforto nessa situação em si. (E6P)</li> <li>• (...)...dar a nossa disponibilidade e sinto-me reconfortado quando tenho essa comunicação, acabo de ultrapassar o luto nesse momento. (...) Aí acaba... Retribui da melhor maneira, o melhor possível para o bem-estar da família que é isso que eu pretendo. (E6P)</li> <li>• (...) passei a ver a vida mais...com não tanto rigor... As coisas não são pretas e brancas e a verdade é que amanhã podemos não estar aqui... Deixei de ser tão rígida comigo e com os outros, passei a aproveitar mais, a dar mais valor às pequenas coisas. Tentei levar a coisa assim para o lado mais positivo do que para o negativo. (E1F)</li> </ul>	

- O trabalho fica aqui na porta. No entanto, por muito que nós queiramos separar as coisas, os nossos sentimentos em casa mudam. Portanto a família já sabia que me tinha corrido mal ou que tinha havido algum tipo de morte súbita que me tinha incomodado (...) porque é naquela altura em que a gente pára como mãe para pensar que damos demasiada importância a coisas que não têm importância nenhuma.(...) Mas nessas alturas a gente trava, porque estão a nos chatear, porque eles pintam as paredes e neste momento alguém já não vai ter quem lhes pinte as paredes. Então pára-se aí um bocado. (E5P)

- Mesmo isto sendo muito mau e muito pesado, não me vejo a trabalhar noutra área...nem pensar...(E2F)

- Aqui acho que o principal do enfermeiro e da equipa de saúde, nas situações de perda inesperada, de morte súbita, relacionada com trauma ou com doença etc. (...) é importante dar o apoio à família para que ela tenha forças e resistências para ultrapassar este momento muito negativo, este impacto muito mau (...) poderá ir por uma situação negativa de depressão, de problemas associados à morte, à perda...(E5P)

- Às vezes é difícil comunicar com as pessoas, mas uma pessoa tenta fazer pelo melhor...eu acho que a nossa abordagem...às vezes as palavras não entram, como o sofrimento é muito grande, fica bloqueado nesse tal luto, mas acho que a melhor maneira de ultrapassar situações de crise é abordar pessoalmente as pessoas, falar a verdade, dizer experiências anteriores em termos de passado daqui da unidade, há situações idênticas, piores ou melhores, depende de cada um diferente, e tentar abordar na perspetiva de que há mais futuro, que as pessoas acabam por ultrapassar de uma maneira ou de outra. (E6P)

- Não é abandonar a família, não é deixar ao ar, mas dentro do serviço dou todo o apoio e tento, mas é outra coisa que também é tento não dar...em termos de continuidade lá fora (...) ...eu estou disponível para ouvir os pais que estão com necessidade de ajuda, mas a partir de um certo momento acho que os pais devem levar um caminho de ajuda noutros pontos (...) de ajuda. (E6P)

- Tudo tem um fim... E6P)

- Acho que a nossa postura como profissional, como ser humano, também tem um contributo para essa parte que nos faz lutar e ultrapassar as dificuldades... (...) Apesar de ter momentos mais altos que outros. (E6P)

- ...acho que todos os momentos negativos ou que poderiam ser negativos acho que funcionam como momentos positivos e de ajuda para contribuir para que a pessoa ultrapasse a situação...(...) Eu vou sempre pela positiva...por muito mau que seja... Uma pessoa primeiro tenta sempre o seu melhor não é? (E6P)

- Tudo tem um fim... (E6P)

- (...) acho que todos os momentos negativos ,ou que poderiam ser negativos, acho que funcionam como momentos positivos e de ajuda, para contribuir para que a pessoa ultrapasse a situação...(...) Eu vou sempre pela positiva...por muito mau que seja... Uma pessoa primeiro tenta sempre o seu melhor não é? (E6P)

<b>Categoria</b>	Estratégias de confronto
<b>Subcategoria</b>	Estratégias focadas no problema
<b>Sub-Subcategoria</b>	Procura de informação e suporte
<b>Operacionalização</b>	Procura de informações sobre o acontecimento e apoio emocional e suporte nos seus pares
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) depois fui lendo sobre o assunto, tive aulas sobre o assunto, fiz uma pós graduação de bioética” (E1F)</li> <li>• Sim, nós normalmente falamos depois de acontecer, de alguma coisa acontecer, pelo menos nos primeiros dias até porque são situações que às vezes são mais marcantes e acabamos por comunicar de uma forma, de uma maneira informal e... Isso também ajuda-nos também a ganhar...não digo alguma resiliência ou resistência, mas em termos de estratégias pode ser positivo para a equipa em si não é? (E6P)</li> <li>• (...) não falar só guarda, só guardar faz uma bola de neve e nunca mais consegue ultrapassar aquilo ao falar a gente também depois acho que consegue interiormente arranjar estratégias para melhorar. (E1F)</li> <li>• (...) às vezes tenho necessidade de falar até para... Porque tenho necessidade de chegar a casa e comentar alguma coisa do que se passou para conseguir libertar-me... É muito chato para os outros, porque às vezes está tudo bem disposto e eu chego a casa e não sei das quantas e não sei quê e a coisa pronto...e o clima vai-se um bocadinho abaixo (risos). (E4P)</li> <li>• Nem sempre consigo no momento, mas depois... tenho uma tia que trabalhou muitos anos cá, era auxiliar, e às vezes eu digo “o turno hoje foi muito mau” e já não preciso dizer mais nada...(E1F)</li> <li>• Ligo a alguma amiga para ir ao café por exemplo (E1F)</li> <li>• Portanto não sonho. Vou muitas vezes aos funerais dos garotos. (...) Ajuda a fazer o luto e ajuda a por um ponto final na história...(...) Porque...não me lembro das datas, achei que em algumas alturas era importante eu ir (...) que era necessário eu ir para pôr um ponto final na história. Na minha e na deles...(E5P)</li> <li>• Normalmente há um ou outro que eu fui sozinha, mas esses que tive com os garotos com quem a gente se identifica, há duas ou três pessoas, colegas de trabalho e que acabam por ser minhas amigas, que acabamos por ir, porque temos uma maneira de lidar com a morte muito semelhante... Eu identifico-me mais um bocado com ela mas também é assim... nós vamos e ela também vai, não falamos no porquê, mas ela também precisa de por um ponto final na situação...e avançamos. (E5P)</li> <li>• Nós falamos, mas acho que se fala muito do que correu mal na reanimação, tecnicamente falando...acho que passa muito por aí. Ajudava a resolver...olha até esta minha dificuldade em passar estas notícias aos pais... sem dúvida que sim.(E2F)</li> <li>• ...mas eu acho que tudo isso é ultrapassável com o tempo e com a entreeajuda entre a equipa. Acho que as pessoas que têm mais dificuldade e maior aversão, que</li> </ul>	

não gostam dessas situações, acho que com o tempo e a ajuda da equipa também conseguem ultrapassar e acaba por se formar uma ajuda, um círculo e eu acho que isso é muito importante também em situações de maior dificuldade. (E6P)

<b>Categoria</b>	Estratégias de confronto
<b>Subcategoria</b>	Estratégias focadas no problema
<b>Sub-Subcategoria</b>	Estratégias de resolução do problema
<b>Operacionalização</b>	Desencadear acções que visem resolver os aspectos práticos do acontecimento; Sugestões mencionadas pelos enfermeiros para a sua capacitação para lidar com a situação
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mas se houvesse a oportunidade de eu participar estava aberta a isso... A prática (simulação) eu acho que ajuda-nos na técnica, no fazer as coisas mais atempadas, mas na parte do psicológico acho que não... já foi tentado no serviço fazer jantares para as pessoas partilharem as coisas...isso não dá...até porque posso não querer partilhar aquilo que penso e sinto com todos...(E1F)</li> <li>• Que precisamos sim de após situações de morte de apoio, reuniões formais ou informais mas precisamos de algum apoio, porque há um vazio...há uma lacuna grande.(E2F)</li> <li>• que nos fornecessem estratégias para comunicar à família, para lidar com a situação...acho que sim...(E3P)</li> <li>• Por acaso fiz isso no curso base em psicologia e eu achei imensa piada, porque estava com uma senhora que tinha cancro e eu dizia “Oh mas não fique assim...” e depois quando ouvi a gravação eu pensei “mas como é que eu disse isto a uma doente que estava tão mal” não é? Como é que eu dizia para ela não ficar assim depois de lhe ter dito que ela ia morrer...realmente uma pessoa não pensa naquilo que diz...(E3P)</li> <li>• Acho que nós poderíamos dar uma ajuda (...) muito maior se soubéssemos como fazer...porque eu acho que não é falta de vontade, mas é mesmo falta de...de ter noção que não se sabe como é que se ajuda melhor.(E4P)</li> <li>• Eu tive alguma formação, ou melhor abordei um bocadinho esse tema, porque eu fiz um curso americano e nós abordamos um bocadinho as perdas, a família, o luto...e também como nos proteger.(E4P)</li> <li>• Eu acho que fazer simulações capaz de ser interessante (...) Mas pelo menos aquela formação teórica de nos mostrar alguns caminhos, alguns tipo de atitudes, alguns tipos de palavras às vezes que se devem ou não dizer ou mencionar...(E4P)</li> <li>• (...) as estratégias acho que cada um tem de criar as suas próprias estratégias para ultrapassar isto...porque (hesitação) já sei que há os jantares, o conversar, o reunirem-se, mas...nem toda a gente se adapta a esse tipo de estratégia. Com certeza que algumas colegas do serviço devem falar durante dois ou três dias sobre a situação, aliás eu até as oiço e eu não consigo, não consigo, porque a mim não me ajuda...(hesitação) não me, não me ajuda. (E5P)</li> </ul>	

- E acho que a formação em termos teóricos também poderá haver estratégias que facilitam, que poderão facilitar esse momento...(…) acho que era importante em termos de formação aquela estratégia de grupo, no fundo de cada um comentar a sua experiência...de relatar estratégias que utiliza na prática. Eu acho que o contributo prático das situações também é uma forma formativa de ajuda (...) (E6P)

<b>Categoria</b>	Estratégias de confronto
<b>Subcategoria</b>	Estratégias focadas no problema
<b>Sub-Subcategoria</b>	Identificação de alternativas compensadoras
<b>Operacionalização</b>	Encontrar alternativas que possam substituir algumas perdas que possam ocorrer com o acontecimento
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) ...e por exemplo ir dar uma volta assim inesperada é uma coisa ótima para mim. O facto de saber por exemplo que amanhã estou de folga e vou aquele lado ou aquele outro, ou vou cozinhar, fazer uma coisa que eu gosto... Eu gosto de pintar (...) (E6P)</li> <li>• (...) eu tenho o meu espaço livre, que é onde tenho a minha horta, o meu quintal, que é onde eu fico normalmente e aí sim...penso imenso e normalmente gosto de andar sozinha nessas alturas.(E4P)</li> <li>• (...) eu tenho o meu espaço livre, que é onde tenho a minha horta, o meu quintal, que é onde eu fico normalmente e aí sim...penso imenso e normalmente gosto de andar sozinha nessas alturas.(E4P)</li> <li>• Faço isso porque preciso dos meus tempos de silêncio e faço isso com muita frequência... Nos momentos livres vou para um banquinho e estou ali sentada umas duas horas...às vezes sinto necessidade disso. Faço isso porque a minha estratégia muitas vezes de orientar as minhas ideias é mesmo estar sozinha e estar a ler e não pensar em nada durante meia hora. (E5P)</li> <li>• Para manter a linha de motivação é preciso criar...outras motivações externas, ter outras ajudas...de vez em quando é preciso sair, é preciso arejar, é preciso descarregar... Uma pessoa também não é nenhum ferro não é? (riso) No fundo somos humanos...(E6P)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Estratégias de confronto
<b>Subcategoria</b>	Estratégias focadas na emoção
<b>Sub-Subcategoria</b>	Controlo emocional
<b>Operacionalização</b>	Controlar as emoções, suprimir os impulsos, vivenciar e trabalhar sentimentos pessoais
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) mas há situações diferentes...algumas mais marcantes que outras e que</li> </ul>	

transtornam mais...mas eu considero que já tenho uma boa carapaça! (risos) mas algumas não...pelo menos consigo não me comover, perante o....consigo manter-me calma, serena, sem me demonstrar (pausa)...(E4P)

- É assim para conseguir trabalhar numa unidade de cuidados intensivos e também para nossa sanidade mental como eu costumo dizer, temos de arranjar estratégias e... E uma das estratégias que eu tive de arranjar foi lá posso dar tudo, mas quando saio daquelas portas tenho que...quando a criança ou o bebé já não está lá tenho que...me distanciar...(E1F)

- Não, não...e eu acho que não chega a ser, não chega a ser plano, aliás eu acho que o ser completamente plano é entrar numa completa...se eu conseguir isso era...acho que era muito difícil e era ter conseguido eliminar emoções. Eu acho que...não consigo...(E4P)

- (...) o que eu pensei foi: eu tenho que aprender a lidar com isto senão eu estou no sítio errado a trabalhar! (risos) (E1F)

- (...) e talvez isso também me vale, quando eu quero me alhear, afastar-me das situações que realmente... Se eu estivesse noutra profissão, contabilidade ou outra coisa assim, eu poderia me dar ao luxo de me emocionar mais, de me transtornar mais com estas situações...aqui não posso, não posso...(E4P)

- Eu tento não mostrar-me indiferente, mas também tento não me... e isso posso com alguma facilidade não me comover e estar calma e estando com eles, não faço parte do grupo deles. Estou com eles, mas não faço parte do grupo deles...(E4P)

- (...) eu acho que o enfermeiro chora uma perda diferente, chora ou comove-se, mas é diferente, porque se fosse uma pessoa das minhas relações ou muito próxima, com certeza que o meu sofrimento seria muito maior! Não era isto não é... Portanto eu não posso estar aqui com a família a chorar com eles, mas a chorar mostrando o mesmo tipo de perda, quando realmente o meu sentimento aqui é este. Pronto eu sinto, eu percebo, eu estou com eles nessa perda, mas não faço parte do grupo deles, eu sei que a perda deles para eles é muito maior e vai permanecer durante mais tempo e tem outras implicações que para mim não tem.(E4P)

- (...) de certa maneira acho que é o que a gente deve fazer nesta altura, mais do que nas outras...ou esteja calado ou à beira deles para eles conseguirem falar, ou qualquer coisa, ou chorar ou não dizerem nada... acho que é mais isso.(E4P)

- Não choro. É engraçado eu...analisando eu era basicamente uma adolescente tipo “pita chorona” e quando comecei aqui a trabalhar tinha 22 anos e noto agora que não choro...muito raramente choro. Se calhar choro mais rápido a contar uma anedota, do que propriamente em situações graves... Não...não consigo. (E5P)

- (...) sou um bocado mais afastada, tento me afastar um bocado das situações e tentar criar alguma barreira...raramente choro, mas já não choro porque deixei de chorar quando vim para aqui trabalhar...mas incomoda-me, pronto...sinceramente incomoda-me a perda. (E5P)

- Eu isso consigo...lá está como eu não choro consigo gerir muito bem internamente o processo de estar com os pais até ao fim. Quase todos os pais, quando os filhos são meus doentes, acompanho-os até ao fim...às vezes eles saem e

fico com aquele aperto, mas consigo controlar-me muito bem, muito bem. (E5P)

- Mas acho que pessoalmente acho que...criei tipo uma...uma...uma imunidade (...) Ao longo do tempo que foi crescendo, que foi criando outra resistência (...) apesar de uma pessoa atender igualmente os pais com carinho, com amor, dar atenção, toda a disponibilidade, mas...no fundo há aquela barreira que parece que não passa além daquilo...como defesa pessoal. (...) não sei se é o medo de ter alguma coisa inesperada que venha a sofrer futuramente, mas criei este tipo de resistência, de educação, no fundo acho que foi um momento de educação que a partir de um certo momento da minha vida profissional criei essa barreira e acaba por ter se calhar vantagens, entre aspas...saio da porta do serviço e acabo por não sofrer, no fundo... (E6P)

<b>Categoria</b>	Estratégias de confronto
<b>Subcategoria</b>	Estratégias focadas na emoção
<b>Sub-Subcategoria</b>	Descarga emocional
<b>Operacionalização</b>	Ventilar abertamente os sentimentos através de comportamentos como chorar, gritar ou dizer piadas fora de contexto – <i>acting out</i>
<b>Unidades de registo:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (...)só que o meu luto tem a tal resistência, chega a um ponto que tento descarregar de alguma maneira para não interiorizar. (E6P)</li> <li>• (...) todos (os colegas) me deixaram sozinha e saíram a chorar e depois da mãe sair quem chorou fui eu, mas mandaram-me limpar a cara porque eu tinha de ir levar a criança ao bloco! O que eu senti foi que naquele dia, não me foi permitido a mim chorar... mas eu lembro-me de limpar a cara e pensar “nunca mais choro neste serviço!” (E1F)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Estratégias de confronto
<b>Subcategoria</b>	Estratégias focadas na emoção
<b>Sub-Subcategoria</b>	Aceitação e resignação
<b>Operacionalização</b>	Aceitar os acontecimentos como imutáveis, fruto do destino
<b>Unidades de registo:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) mas também não tinha outra atenção que lhe dar não é? Ia acontecer na mesma...(E3P)</li> <li>• Eu acho que aprendi muito cedo na profissão que a morte é uma situação presente, sempre...(E4P)</li> <li>• Embora saiba que...pronto...não se fazem milagres! (pausa) (E4P)</li> <li>• (...) embora eu sei que se calhar há destino (risos) ou alguma sina que seria escrita. (E4P)</li> </ul>	

- ...temos de estar lá, não podemos fugir ...(E1F)
- A parte mesmo mais difícil é dizer que acabou... quando acabou, não vale a pena fazer trinta por uma linha ou atos heróicos ou prolongar o sofrimento... Precisamos de saber encarar a realidade e saber quando parar. (E1F)

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual no impacto
<b>Subcategoria</b>	... Relativos à Criança/Adolescente
<b>Sub-Subcategoria</b>	Idade
<b>Operacionalização</b>	Verbalização do que diz respeito à idade como associada à intensidade do impacto
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (...) o que dizem os colegas da neonatologia é que não conseguiam trabalhar aqui (...) não conseguiam trabalhar no nosso serviço (...) porque custava-lhes muito mais e nós aqui é ao contrário (risos). (E6P)</li> <li>▪ Os bebés muito pequenos reconheço que não me marcam muito, porque não têm história de vida. Quanto mais crescem, mais marcas deixam na família não é? Portanto...marca mais os que são garotos, que tiveram um processo de crescimento que os pais acompanharam e que, de um momento para o outro, vão deixar de ter. (E5P)</li> <li>▪ (...) quando os bebés são mais pequeninos (...) não me afetam tanto, porque não têm percurso de vida e, aliás, acho que os pais não ficam tão afetados como quando são mais crescidos. (...) Nos pais também nota-se que quanto mais eles crescem, mais os pais ficam... (pausa) (E5P)</li> <li>▪ É assim, embora haja o contexto familiar que permanece, portanto não diminui o familiar, aumenta é o pessoal, o da criança em si mesmo, porque já tem consciência da vida, consciência do futuro, consciência da morte. A morte nas crianças mais pequenas, portanto já tem consciência da morte, mas não tem se calhar do futuro, não é? Enquanto um adolescente já faz o seu projeto, já tem interesses delineados (...) conforme a idade vai aumentando, não diminui a parte familiar, porque ainda está muito, muito marcada, ainda está muito no seio, ainda está muito dependente da família, mas aumenta a parte pessoal. (E4P)</li> <li>• A morte na pediatria é de alguma forma assim um bocadinho uma morte mais difícil...é diferente, é diferente... Para mim como enfermeira, não sei se é mais ou menos sofrida, mas é vivida de uma maneira diferente. (E4P)</li> <li>• Claro que há aquela noção de quanto mais velha a criança, mais experiência de vida, mais contacto com os pais, com a família, se calhar...custa, porque a família mais alargada tem um contacto maior etc. se calhar tem um peso superior, mas pessoalmente... (hesitação) é idêntico. (E6P)</li> <li>• Agora os adolescentes já se sabe, um acidente...é previsível nos adolescentes quando há um acidente grave que algum morra...o meu...o meu mecanismo de defesa já está um bocadinho preparado para isso... (E3P)</li> </ul>	



- Enquanto na pediatria encaro mais como uma perda à criança, mais sentida mais propriamente, no adulto ou mesmo no velho eu sinto-a mais como uma perda pessoal...inevitável se calhar naquela fase ...eu sei lá é o culminar de uma existência de uma história de vida que se calhar foi muito vivida, muito vivida com muitas experiências, na pediatria eu vejo-a mais do lado de quem perde, de quem a perde e não do próprio, a não ser que seja já adolescente ou assim numa idade em que já há mais consciência da morte... (E4P)

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual do impacto
<b>Subcategoria</b>	... relativos à Criança/Adolescente
<b>Sub-Subcategoria</b>	Tipo/Causa de morte
<b>Operacionalização</b>	Verbalização do que diz respeito à causa de morte; referências sobre a morte súbita e as suas características como influentes no impacto
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (pausa) os que marcam é quando a gente não estava a contar...não estava mesmo... (E3P)</li> <li>• (...) se é uma doença que...se é uma situação de doença, mesmo que seja inesperada eu aceito-a melhor que a de acidente, mesmo que seja uma doença inesperada e que pronto, é uma doença que já estava intrínseca àquele, à parte física e que teria que ter independentemente do contexto, seria aquele que seria o desfecho... Se é um acidente é mais difícil, quer dizer que havia ali coisas que poderiam ter sido evitadas e que não teria acontecido se (...) (E4P)</li> <li>• ... ..é uma questão de minutos...e isso para mim incomoda-me... (E5P)</li> <li>• Quando é uma doença prolongada não me incomoda. Às vezes até vejo essa parte final como um alívio para a família e para os miúdos. Quando é súbito, quando é TCE por exemplo, a mim incomoda-me...TCE...aquela sensação de que se acorda de manhã e está tudo bem, os garotos vão para a escola e a seguir já não voltam. (...) A doença... acho que as pessoas se vão preparando cada vez mais. A morte súbita não... Portanto, não se preparam eles e muitas vezes nós também não, porque também não estamos a contar que as coisas sejam tão rápidas não é? (E5P)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual do impacto
<b>Subcategoria</b>	... Relativos à família
<b>Sub-Subcategoria</b>	Grau de proximidade com o enfermeiro
<b>Operacionalização</b>	Verbalização da relação do enfermeiro com a família;
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) quando a encontro é difícil... Eu dantes nunca a encontrava, agora... Pouco tempo depois cheguei a um jantar de aniversário ela estava lá e ficou à minha frente com a outra filha e isso foi difícil...(hesitação)...foi das mais difíceis (voz baixa)... (E1F)</li> <li>• Há situações mais marcantes principalmente quando uma pessoa conhece as pessoas lá fora... (...) porque uma pessoa acaba por ficar com um contacto, acaba por conhecer através de outras pessoas... (...) Quando uma pessoa não conhece os pais</li> </ul>	

ou não conhecia... mas, quando há situações de conhecimento anterior ou que no futuro venha a encontra-los, acaba por marcar mais, porque quando uma pessoa olha para eles lembra-se sempre da situação negativa que aconteceu...(E6P)

- (...) ainda me lembro da mãe me dizer obrigada... ainda me lembro do impacto! Essa sim ainda me custa (baixa voz)... (E1F)

- (...)”Esteve connosco quando o meu neto morreu, era a senhora que estava connosco”...(hesitação) Não sei o que pense... Não sei que pense numa situação destas... Essa foi uma morte que me marcou, não a morte, mas uma das circunstâncias que envolveram a família.(E4P)

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual do impacto
<b>Subcategoria</b>	... Relativos à família
<b>Sub-Subcategoria</b>	Reação da família à morte
<b>Operacionalização</b>	Verbalização sobre as reações que os pais e restantes familiares apresentam após a morte da criança/adolescente
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) já chegou cadáver, a despedida do pai da menina, de pegar nela ao colo, de abana-la e teve imenso tempo que quase que era difícil separa-la do pai...(E2F)</li> <li>• (...) a senhora à porta a me dizer “o meu filho está morto no carro”, essa nunca mais me esquece a imagem dessa senhora...(E3P)</li> <li>• (...) depois ajoelhei-me à frente dela e expliquei que ele estava...que o espírito dele já não estava ali e que quando ela visse o céu a brilhar ia ver uma estrela...e ela quando saiu agradeceu-me... Ainda me lembro desse obrigado até hoje...(E1F)</li> <li>• (...)mas custa-me os choros e os abraços... (E2F)</li> <li>• (...) não é só a emotividade. É que eu acho que uma das coisas piores que há para mim, ainda, é estar com a família...é (hesitação) estar com ela na altura em que ela está dentro da sala...(E4P)</li> <li>• Então ela veio para cá e quando cá chegou o miúdo já tinha morrido na sala de emergência e a senhora ficou completamente em pânico. Ela gritava, gritava e a primeira reação foi dizer que tinha de ir para casa, que não fazia aqui nada... A senhora estava completamente desorientada... Naquela altura foi preciso ter algum sangue frio para tentar primeiro perceber com quem é que a senhora estava e como ia para casa, saber se tinha família, se não tinha, se tinha alguém próximo que pudesse vir ter aqui, se não tinha ... Ela queria era se ir embora, nem queria ver o filho. Ela queria era fugir daqui. No fundo ela queria era fugir daqui... (E4P)</li> <li>• (...) sobretudo quando são filhos únicos... o impacto é maior porque depois não têm mais ninguém em quem descarregar...(...) acho que a família de apoio, a família alargada, também tem uma grande influência em termos de continuidade e de...saber dar a volta (...) (E6P)</li> <li>• uma senhora que me entra na porta da urgência, eu trabalhava para aí há 5 ou 4</li> </ul>	

anos... já foi há muito tempo... e diz “o meu filho está morto no carro” e eu “está morto no carro?” “tá, tá morto... Ele estava a dormir e está morto”. E eu lá fui ao carro e a criança realmente estava morta (E3P)

- ...a senhora estava parada há minha frente e dizia “o meu filho está morto no carro...” e eu “meu Deus do céu”...e pronto... Foi um caso que depois acaba por me marcar.(E3P)

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual do impacto
<b>Subcategoria</b>	... Referentes ao profissional
<b>Sub-Subcategoria</b>	Dificuldade no confronto com a morte
<b>Operacionalização</b>	Verbalização da dificuldade em confrontar qualquer situação de morte, súbita ou não
<b>Unidades de registo:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eu lido mal com a morte... (E2F)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual do impacto
<b>Subcategoria</b>	... Referentes ao profissional
<b>Sub-Subcategoria</b>	Experiências profissionais anteriores
<b>Operacionalização</b>	Verbalização de experiências profissionais anteriores, seja em contexto pediátrico ou não, relacionadas com a morte
<b>Unidades de registo:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eu acho que a gente acaba depois por conseguir se defender e ultrapassar essas coisas... É assim, se eu não gostasse de estar aqui era diferente, agora se é um serviço de que eu gosto, já estou cá há 18 anos...há alturas em que isto está muito mau e apetece-me sair pronto... (E3P)</li> <li>• Eu acho que nós, os mais velhos, já conseguimos ultrapassar melhor mais esta parte e, pronto, acomodamo-nos um bocadinho e tentamos... esquecemos mais facilmente. Para os mais novos é mais difícil. (E3P)</li> <li>• (...) no início tinha muita dificuldade. No início, quando comecei a trabalhar lá (hesitação) tinha muita dificuldade... (E1F)</li> <li>• Também nessa fase eu tinha menos experiência... (pausa) também eu tinha menos, menos...estava menos camuflada, vá lá. Tinha menos carapaça para me proteger nessa altura... (E4P)</li> <li>• No início, também se calhar perturbava-me mais, as primeiras situações de morte súbita...perturbava-me muito, sentia-me mais preocupado e com dificuldades às vezes em enfrentar a própria família, como é que vou abordar etc.... (E6P)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual do impacto
<b>Subcategoria</b>	...Referentes ao profissional
<b>Sub-Subcategoria</b>	Maternidade/paternidade
<b>Operacionalização</b>	Verbalização sobre a influência da maternidade/paternidade no sofrimento face à morte súbita
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) se calhar por isso a minha filha era pequenina, se calhar uma pessoa também fica um bocado...relaciona as coisas. (E3P)</li> <li>• (...) e depois é assim: nós temos filhos e começo a pensar " isto podia ter acontecido a um filho meu" não é?... (E3P)</li> <li>• (...)... Eu acho que marca por causa dos nossos. (...) e eu lembro perfeitamente de entrar um garoto para uma unidade que era a fotocópia do meu. E eu entrei em pânico (...) a idade do meu mais velho, era exatamente louro ... eu quando olhei para ele, era a fotocópia do meu, tirando 2 ou 3 sinais que não tinha exatamente no mesmo sítio... (...) E eu tive mesmo de procurar as marcas típicas dele, para ter a certeza de que não era... (E5P)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual no impacto
<b>Subcategoria</b>	...Referentes ao profissional
<b>Sub-Subcategoria</b>	Processos de identificação com a família
<b>Operacionalização</b>	Verbalização de identificação com a família, em especial com os pais das crianças/adolescentes
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isso a mim... (hesitação) por muito que a gente queira separar pensamos sempre como é que isto pode nos acontecer de um dia para o outro não é? (E5P)</li> <li>• (...) quer dizer...a minha filha também vai para a escola e a gente relaciona sempre com a nossa vida, não é? (E3P)</li> <li>• Também nessa altura eu não consigo dizer grande coisa...se calhar por ter filhos e pensar que podia acontecer a mim, não é? (E3P)</li> <li>• Ajuda a saber...a ter a noção de que alguns pais conseguem avançar. (...) ficamos sempre na incógnita se nós conseguiríamos avançar como eles avançam, não é? Só se você passar pelo processo é que pode dizer, não é?... Alguns pais dizem "ah se me acontecer alguma coisa, se eles morrerem eu mato-me a seguir" e as pessoas acham um disparate. E eu ponho-me a pensar que eu se calhar faria o mesmo, não é? Porque depois não sou capaz de dizer que é um disparate, porque se calhar era a primeira coisa que eu iria fazer a seguir, não sei não é? (E5P)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual no impacto
<b>Subcategoria</b>	...Referentes ao profissional
<b>Sub-Subcategoria</b>	Serviço onde trabalha

<b>Operacionalização</b>	Verbalização sobre características do local de trabalho e que podem condicionar o impacto da morte súbita;
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) neste serviço espera-se tudo. A imprevisibilidade pode ser negativa. Pronto, há momentos maus, inesperados (...) (E6P)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual no impacto
<b>Subcategoria</b>	...Referentes ao profissional
<b>Sub-Subcategoria</b>	Comunicação
<b>Operacionalização</b>	Verbalização de dificuldade em comunicar a morte à família ou acompanhante da criança/adolescente.
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) a minha maior dificuldade é transmitir as más notícias, não é passar pela situação...(E2F)</li> <li>• (...) às vezes a comunicação é difícil... (E6P)</li> <li>• (...) há pessoas que têm muito medo de mencionar a palavra morte e se calhar isso será importante, não sei... Como é que se identifica aquela situação para os pais? Dizemos a sua criança morreu? Olhe, não conseguimos fazer nada? O que é que é melhor para os pais?...Embora tendo um impacto, se calhar depois assumem logo que isso aconteceu e não ficam naquela esperança “tá muito mal, mas se calhar ainda não morreu”... Mas como é que se diz? (E4P)</li> </ul>	

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual no impacto
<b>Subcategoria</b>	Formação
<b>Operacionalização</b>	Referências à formação com condicionante do impacto; verbalização de pouca formação sobre a temática
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) muitas vezes isso acontece, acontecia-me e acontece mesmo ainda, porque eu não sei muito bem o que é que, o que hei-de fazer...porque... Aí está, porque não temos muita formação, nós formamo-nos um pouco da vida de facto não é? É pela vida... (E4P)</li> <li>• (...) nós não estamos propriamente treinadas, não é os anos que nos vão dar a capa que vamos precisar. (E5P)</li> <li>• Nunca demos grande importância na enfermagem, foi mais na parte curativa, da técnica, da parte científica, em termos de cura... (...) Essas situações acho que estão pouco exploradas ainda na parte da prática de enfermagem, principalmente na prática nota-se um bocadinho isso acho eu... (...) abordava-se, mas de uma forma muito floreada, muito celestial... As pessoas até tinham, não sei se era medo, mas não valorizavam muito essa parte... (E6P)</li> </ul>	

--

<b>Categoria</b>	Fatores associados à variabilidade interindividual no impacto
<b>Subcategoria</b>	Apoio institucional
<b>Operacionalização</b>	Verbalização de falta ou pouco apoio da parte da instituição em relação a esta situação.
<b>Unidades de registo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) o mal é que não temos apoio nenhum a seguir... Tu é que tens de saber lidar com a situação... É verdade! Não temos apoio psicológico, não temos nada. Tu depois é que geres a situação à tua maneira...apoio zero! ( ...) até há sítios em que há reuniões com os profissionais todos, o que correu bem o que não correu, o luto, a morte etc...aqui nada! (E2F)</li> </ul>	